

見本

第1号様式（第4条関係）

20 年 月 日

戸田市妊婦健康診査等助成金申請書兼請求書

住民票と同じ住所名を記入

(宛先) 戸田市長

郵便番号 335-0022

住所 戸田市 大字上戸田5番地6

聴覚スクリーニング検査・産婦健診も同時に申請できます。

請求者

氏名 戸田 花子

電話番号 048-5446-6479

※申請内容に関して連絡のとれる方の電話番号を記入

戸田市妊婦健康診査等助成金交付要綱第4条の規定に基づき、申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、

受診した医療機関に妊婦健診の内容について戸田市が問い合わせることに承諾します。

助成金請求金額 申請時、職員に確認のうえ、ご記入ください 円

助成金交付対象者

フリガナ	トダ ハナコ
対象者氏名 (健康診査等を受診した人)	戸田 花子
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	戸田市 大字上戸田5番地の6
出産日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
受診医療機関名	〇〇 産婦人科

妊婦健診等 → 母の氏名のみ記入
新生児聴覚スクリーニング検査のみ → 子の氏名のみ記入

同一人で記入

振込先

金融機関	戸田 銀行 本店 信用金庫 支店
預金種類	普通 当座
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ←7桁で入力してください
フリガナ	トダ ハナコ
口座名義人	戸田 花子

※ 添付書類

- 妊婦健診の場合：母子健康手帳内の「妊娠中の経過」の写し
聴覚検査の場合：母子健康手帳内の「検査の記録」の写し
産婦健診の場合：母子健康手帳内の「出産後の母体の経過」等の写し
- 領収書及び明細書 紛失した場合は、実施医療機関からの「健康診査等費支払証明書（第2号様式）」
- 未使用の助成券
- 振込先金融機関の通帳やキャッシュカード等の写し