

戸田市妊婦健康診査等助成金申請書兼請求書 (1か月児健診)

(宛先)
戸田市長

郵便番号	—
住 所	
請求者	
氏 名	
電話番号	

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 円

※請求金額は上限額6,000円と窓口負担額を比較して少ない方の金額を記載してください。

助成金交付対象者

フリガナ	
対象者氏名 (1か月児健診を受診した人)	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	戸田市
受診医療機関名	

振込先 ※請求者名義の口座を記載してください。

金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店
預金種類	普通・当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※ 添付書類

- 母子健康手帳内の「乳児の健診の記録」の写し (1か月児健康診査のページ)
- 領収書及び明細書等 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