

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 123-4567

住 所 戸田市上戸田1-18-1

請求者

氏 名 戸田 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

助成金の担当者から連絡することがあります。

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 6,000 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。

例1
健診費用が6,700円だった場合
→請求額は上限額の6,000円

例2
健診費用が5,800円だった場合
→請求額は5,800円

助成金交付対象者

フリガナ	とだ ことろう
対象者氏名 (1か月児健診を受診した人)	戸田 小太郎
生年月日	2026年 4月 20日
住 所	戸田市上戸田1-18-1
受診医療機関名	〇〇△△病院

振込先 ※請求者名義の口座を記載してください。

金融機関	〇〇 銀行 本店 信用金庫 戸田 支店
預金種類	普通・当座
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	トダ ハナコ
口座名義人	戸田 花子

※ 添付書類

母子手帳の表紙の写しと併せてご提出ください。

- ☑ 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 配布された助成券を使用しなかった場合は、未使用の助成券を返却していただけます。
- ☑ 振込先金融機関の通帳やキャッシュカード等の写し

口座名義人・金融機関名・支店・口座番号のわかるページの写しとなります。
(上記の内容が確認できれば、口座番号連絡票やインターネットバンキングの画面の写しでも可)

※申請の際は、本人確認のため請求者の運転免許証やマイナンバーカード等を確認させていただきます。

【郵送の場合】運転免許証やマイナンバーカード等の写しを同封してください。

(裏面に住所、氏名変更の記載がある場合は両面)

【窓口へ提出の場合】運転免許証やマイナンバーカード等を持参してください。