様式第８（第１３条関係）

妊娠判定のための健康診査受診費用助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

鹿児島市妊婦健康診査事業実施要綱第１３条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり妊娠判定のための健康診査受診費に係る費用の助成について申請します。

なお、助成金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うことに同意します。

ふりがな 申請者氏名		生年月日	年　　月　　日
申請者住所	鹿児島市 （電話番号　自宅　　（　　）　　携帯　　－　　－　　）		

助成申請内容	健康診査種別	健診受診日	申請額	受診日チェック	決定額
	妊娠判定のための健康診査	年　月　日	円		円

振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

（申請者名義の口座に振り込むときは、下枠内は記入不要）

委任者（申請者）　　氏　名　　印

上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。

受任者（口座名義人）　住　所

氏　名　　申請者との続柄

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年　　月　　日	支給決定金額	円

◎申請上の注意

１　この申請書は、鹿児島市民の方で、医療機関（国内のみ）において妊娠判定のための健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。

２　申請者は、医療機関発行の領収書、明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）及び振込先の口座がわかるものを添付してください。

３　受診費に係る助成金の請求は、妊娠判定のための健康診査を受診した日の翌日からできます。申請については、医療機関受診日から起算して６月以内に請求してください。

４　住民登録が１月１日時点で鹿児島市以外にある場合、旧住所地の非課税証明書を添付してください。