

様式第1（第12条関係）

妊婦健康診査受診費償還払い助成金申請書兼請求書

令和 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12条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査受診費に係る費用の助成について申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 申請者氏名		生年月日		昭和 平成 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
	妊婦健康診査（1回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（2回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（3回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（4回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（5回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（6回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（7回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（8回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（9回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（10回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（11回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（12回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（13回目）	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査（14回目）	年 月 日	円		円
合計		回	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	普通座 当座		フリガナ	

（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	令和 年 月 日	支給決定金額	円
-------	----------	--------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、鹿児島市民の方で、県外の医療機関（国内のみ）において妊婦健康診査（保険診療分を除く。）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。
- 申請者は、医療機関発行の領収書、振込先の口座の通帳及び母子健康手帳（の写し）と受診票を添付してください。受診票1枚につき助成は1回しか受けられません。受診票には、すべてお母さんシールを貼り付けてください。
- 受診費に係る助成金の請求は、妊婦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、出産日から起算して6月以内に請求してください。