見　　本

第１号様式（第４条）

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付申請書兼請求書

（妊婦一般健康診査用）

年　　月　　日

四日市市長

・申請者は**妊婦本人の名前**を記載して下さい。
・印鑑は認印で構いません。
・住所は住民登録の**四日市市の住所**を記載してください。
・受診日に、四日市市に住民票がある場合のみ申請可能です。

申請者　住　所　四日市市○○○○

氏　名　○○　○○○　　㊞

（生年月日：S・H　　年　　月　　日）
電話番号

・妊婦一般健康診査として受診した日の申請分を記載してください。
支払った額は受診した日ごとに、領収書の総額を記載してください。
※母子手帳の妊娠中の経過のページのコピーに日付、病院名（もしくは医師名）が記載されているか、確認してください。
※※**同日受診分**で、領収書が**２枚**以上になる場合は、領収書に記載されている総額の合算した金額を記載してください。

ので、四日市市県外医療機関等受診費用
、受診状況等の必要事項を調査すること
請求

※この欄には記載しないでください。
領収書を確認した上で上限額と比較して、金額を決定致します。

妊婦一般健診受診日	受診した医療機関に支払った額	申請する受診券の年度・回	補助を受けようとする補助金の申請額	補助金交付決定額（記入しないでください）
年　月　日	円	年度　回目	円	円
年　月　日	円	年度　回目	円	円
年　月　日	円	年度　回目	円	円
年　月　日	円	年度　回目	円	円
年　月　日	円	年度　回目	円	円
年　月　日	円	年度　回目	円	円
合　計	円		円	円

振込先		口座番号		口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	当座 ・ 普通		（　　）
ゆうちょ銀行	店	記号 番号		（　　）

（注）　診査済証（母子健康手帳）、受診医療機関発
れている妊婦一般健康診査受診票を必ず提

申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が

・**口座名義人が申請者と違う場合**は**委任状が必要**です。

※口座名義人、領収書ともに旧姓の場合は、こども保健福祉課までご連絡ください。

窓口　こども未来部こども保健福祉課
電話　059（354）8187