

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いただき、署名又は記名+押印してください。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 四日市市〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇〇 印
(署名又は記名+押印)

(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。

※母子健康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。

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。

妊婦一般健康診査 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、請求する 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	支店	当座	()	
信用金庫	支所	・		
農協	出張所	普通		
ゆうちょ銀行	店	記号.....	()	
		番号.....		

(注)

・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。

診査済証 (母子健康手帳)、受診医療機関発行されている妊婦一般健康診査受診票を必ず提示してください。

申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。

窓口 こども未来部こども家庭センター
電話 059 (354) 8187