

記入例

様式第 1 号

※狹山市に住民票があるときに受けた健診・検査が申請できます。

狹山市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査
助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 狹山市長

年 月 日

フリガナ
申請者
住 所

(産婦との関係:)

◎太枠 の中を全て記入してください。訂正がある場合は二重線で訂正をお願いします。

妊 産 婦 (母)	氏 名			
	生年月日	年 月 日生		
	住 所	電話番号		
	出 産 日	年 月 日 (多胎児の場合: 人出産)		
	住 民 日	年 月 日 ~ 年 月 日 (※職員記入)		
申 請 種 類	病院名 (県市町村)	申請額	備考	
☐ 妊 婦 健 康 診 査	(県 市)	・申請種類を☑ ・申請する健診・検査のみ ご記入ください。		
☐ 産 婦 健 康 診 査	(県 市)		助成上限: 5,000 円	
☐ 新生児聴覚スクリーニング検査	(県 市)		助成上限: 3,000 円 (児 1 人につき)	
請求額 合計		円		

<振込先>

金融機関名	ゆうちょ銀行の場合は裏面参照		
銀 行・信用金庫・農 協	本店・支店		
預 金 の 種 類	1 普通 2 当座	口座番号	No.
フ リ ガ ナ	産婦名義の口座を記入		
口 座 名 義 人	※産婦自身が振込口座ない場合は、下記の記入例に従って余白にご記入ください。 ※対象者(産婦の名前)名義の口座がないため、配偶者(氏名)の口座へ振込みをお願いします。		

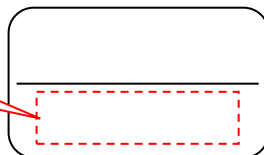
- 添付書類: ①受診(検)を確認することのできる書類(結果票または母子健康手帳の写し)
 ②受診(検)の支払いがわかる医療機関等の名称及び受診(検)日が記された領収書の原本
 ③振込先の名称・口座名義人・口座番号のわかるもの(通帳またはカードの写し)
 ④未使用の助成券(産婦健診はEPDSの結果と医療機関名を記載)

○ゆうちょ銀行の場合○

- 通帳の表面を開いて、最初のページの一番下に他機関からの振込専用の支店名、口座番号がありますので、そちらをご記入ください。

※通帳上段の記号 5 桁と番号 8 桁は違いますので、記入しないでください。

支 店 名：漢数字で3ケタ
口座番号：7ケタ

A diagram of a form with a horizontal line. Below the line is a dashed rectangular box. A red arrow points from the text '漢数字' in the adjacent box to this dashed box.

- ゆうちょカードのみ持参の場合は、**振込先は記入せずにコピーを提出**してください（支店名がわかれば教えてください）。こちらで確認いたします。