記　入　例

（注）網掛け(色付け)の部分に記入してください

令和　8　年　10　月　1　日

妊産婦本人の住所等を記入

申請者住所　小平市学園東町〇―〇

氏　名　小平　はな

電話番号　042　（〇〇〇）〇〇〇〇

小平市妊産婦健康診査等助成金交付申請書

妊産婦健康診査等助成金の交付を受けたいので、小平市妊産婦健康診査等助成金交付要綱第７条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

該当の健診等に☑を入れてください。

☑妊婦健康診査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				8			
2				9			
				10	R8.7.1		
				11	R8.7.15		
				12	R8.7.22		
6				13	R8.7.29		
7				14	R8.8.5		

該当の健診等の□にチェックを入れる
また、該当の回数の年月日に日付を記入

☑超音波検査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				3			
2				4	R8.7.1		

□子宮頸（けい）がん検診

回	年月日	領収額	助成金額
1			

□産婦健康診査　※診療日が R8.10.1 以降

回	年月日	領収額	助成金額
1			
2			

☑新生児聴覚検査

回	年月日	領収額	助成金額
1	R8.8.8		

□1か月児健康診査　※診療日が R8.10.1 以降

回	年月日	領収額	助成金額
1			

□多胎妊婦健康診査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				4			
2				5			
3							

この申請の内容について、小平市が医療機関又は助産所に確認することに同意します。

妊産婦本人の氏名を記入

氏　名　小平　はな　（※）

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

記　入　例

様　**（注）網掛け(色付け)の部分に記入してください**

年　　月　　日

日付は記入しないでください

小平市長　殿

請求者

住　所　**小平市学園東町〇―〇**

妊産婦本人の住所等を記入

氏　名　**小平　はな**　（※）

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市妊産婦健康診査等助成金請求書

小平市妊産婦健康診査等助成金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり小平市妊産婦健康診査等助成金の交付を請求します。

記

請求金額　**金額は記入しないでください**　円

妊産婦本人名義の口座

（旧姓不可、請求書の氏名と口座名義人が一致すること）

金融機関名 支　店　名	金　融　機　関　名				支　店　名		
	〇〇〇			銀　行 信用金庫 信用組合	〇〇〇	本店 支店 出張所	
預金種目 （該当番号を〇で囲んでください。）	1　普通	2　当座	3　その他（　　）				
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	ｺﾀﾞｲﾗ　ﾊﾅ						
口座名義人 （受取人）	小平　はな						