

受付日	
受付番号	指令番号

川口市妊婦健康診査・産後健診助成金交付申請書兼請求書

(あて先)川口市長			年	月	日
ふりがな					
申請者氏名 (健診受診者)	印 (朱肉印)	生年月日	年	月	日
住所 (現在の住民登録地)	〒				
住所 (妊産婦健診時の住民登録地)	〒 川口市				
出産日	年	月	日	電話番号 (平日、日中連絡が取れる番号)	

※申請期限は出産日から6ヶ月以内です。出産前に転出されたかたは出産予定日をご記入ください。  
 ※必ず朱肉を使用する印鑑で押印をお願いします。訂正印も、申請書に押す印は全て同一印をお願いします。

川口市妊婦健康診査・産後健診助成金交付要綱第6の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、川口市が、受診した医療機関等に妊婦健康診査・産後健診の内容について問い合わせることに同意します。

【受診医療機関等】

医療機関等名①		電話番号	
住所	〒		
医療機関等名②		電話番号	
住所	〒		

【振り込み希望口座】

金融機関名		銀行 農協 信用金庫	金融機関コード				
種別	1:普通 2:当座	店名	本店 支店 出張所	店コード			
フリガナ							
口座名義人		口座番号					

妊婦健康診査・産後健診受診者本人以外の口座に振り込む時には、下記の委任についてご記入ください。  
 ※必ず委任者の自筆で、朱肉を使用する印鑑の押印をお願いします。

【委任状】 私は、次の者に妊婦健康診査・産後健診助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人)		委任者(申請者)	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	印 (朱肉印)
住所	〒	住所	〒

様式第1号-2

(委託契約外の医療機関で受診した保険適用外の妊婦健康診査・産後健診)

- 助成回数は、未使用の助成券の枚数を上限とします。
- 受診日現在、川口市に住民登録があるかたが対象になります。
- 助成金額は、自己負担した費用の全額ではなく、定められた上限額と自己負担した費用を比較して低いほうの金額になります。
- 領収書の原本をご返却希望のかたは、付箋等でその旨を記載し、写しを添付の上ご申請ください。

申請者記入欄				川口市使用欄			
	受診年月日	妊娠週数又は産後何日目か	申請額	領収書確認	未使用助成券	決定金額	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
				請求金額		円	