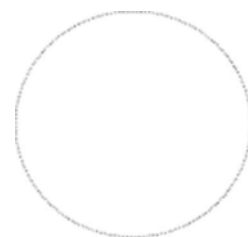


(あて先) 浜松市長

関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。



(市受付印)

押印してください

1. 申請者情報 (太枠内をご記入ください。) ※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ	ハマツ ハコ			生年月日	平成●●年●●月●●日		
	氏名	浜松 花子			出産日 (予定日)	令和●●年●●月●●日		
	住所	〒430-8652 浜松市中央区元城町103番地の2			日中連絡のつく電話番号 (●●●-●●●-●●●●)			
	書類発送先 (上記住所と異なる場合)	〒						
振込先	金融機関名	浜松 銀行			信金・農協 信組・労金	浜松 本店・営業部 支店 出張所		
	金融機関コード	●	●	●	●	支店コード		● ● ●
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号 (右詰記入)	●	●	●	●	● ● ●
	フリガナ	ハマツ ハナコ						
	口座名義人 (申請者名義)	浜松 花子						

2. 添付書類の確認 添付したらレ点を入れてください

添付書類 (添付したものにチェック☑してください。)

- 健康診査受診時の領収書及び診療明細書 ※原本 (後日郵送にて返却します。) もしくは受付印押印後の領収書等コピー
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し (口座番号等確認用)
- 母子健康手帳「妊娠中の経過」欄の写し

3. 15 回目・16 回目の妊婦健康診査の費用の内訳 (太枠内をご記入ください。)

受診年月日	自己負担額 (医療保険外)
令和5年12月3日	6,000 円
受診時週数 (40 週)	
令和5年12月10日	6,000 円
受診時週数 (41 週)	
<受診医療機関等名称>	
浜松病院	
(所在地: 浜松 市・町・郡・村)	

助成対象額	回数	助成限度額	助成金額
A		B	AとBを比較して少ない方の金額
	15 回目		
	16 回目		
助成金額 計			
承認	・ 不承認	助成金額総計	円

検査年月日、妊娠週数、費用、受診医療機関名を記入してください。