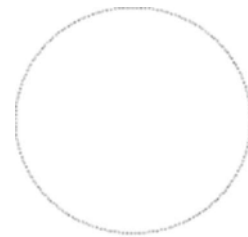


(あて先) 浜松市長

関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査費用、新生児聴覚スクリーニング検査費用及び産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)
  - ☑ (妊婦健康診査の場合) 親子(母子)健康手帳「妊娠中の経過」欄の写し
  - ☑ (産婦健康診査の場合) 親子(母子)健康手帳「出産後の母体の経過」欄の写し
  - ☑ (新生児聴覚スクリーニング検査の場合) 親子(母子)健康手帳「検査の記録 (新生児聴覚検査)」欄の写しなど結果のわかるもの
  - ☑ 未使用の受診票 (産婦健康診査は裏面の実施結果、2枚目のところの健康チェック表が記載されていること)
- ※令和6年3月31日以前に妊婦健康診査 15・16回目を受診した場合は、受診票不要

裏面の記入もお願いいたします。

添付したらレ点を入れてください

