

(宛先) 川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて妊婦健康診査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (妊婦健康診査の受診者) ※1~3の太枠内を記入してください。

Form for applicant information including fields for health insurance number, name, date of birth, residence, and pregnancy status.

2. 振込先

Form for bank transfer details including financial institution name, branch name, account type, and recipient information.

3. 申請に必要な書類 ※郵送する前に提出書類の確認をしてください。 (確認欄)

Form for required documents including a table for unused vouchers and checkboxes for other documents like pregnancy history and proof of residence.

(注意)

御提出いただいた個人情報は、妊婦健康診査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

川崎市受理印

助成を申請する、補助券を使用しなかった妊婦健康診査の受診日・支払状況記入欄

※ 太枠内を記入してください

受診年月日 (同日発行の領収書を同封)	同封領収書の健康保 険適用外自己負担額	市 記 入 欄			
		領収書金額確認	対応補助券		助成決定額
			番号	金額	
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
		助 成 額 計			円