

(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 with fields for applicant details: 母子健康手帳番号, フリガナ, 申請者氏名, 妊娠期間中の川崎市への転入・転出の有無, 申請者の現住所連絡先, 引越し先の住所, 多胎 (双子・三つ子等) の方のみ記入, 上記以外の母子健康手帳番号, 使用した妊婦健康診査補助券の数 (川崎市交付分)

2. 振込先

Form for bank transfer details: 金融機関名, 支店名, 預金種別, 金融機関コード, 支店コード, フリガナ, 口座名義人, 記 (私に委任する一切の権限を委任します), 受任者 (口座名義人) 氏名, 委任者 (申請者) 氏名

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)

Table for application documents: 補助券を利用しなかった妊婦健康診査の費用領収書 (原本)・診療報酬明細書, 未使用の妊婦健康診査費用補助券の3枚目 (色付き) (送付する補助券の枚数を記入する), 母子健康手帳P8~P9の「妊娠中の経過」の写し, 振込先の口座番号の分かるものの写し, 受診証明書, 申立書

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、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。 ★[次頁も必ずご記入ください]★

川崎市受理印

