

(申請日) 年 月 日

(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。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							母子健康手帳 別冊交付日	年	月	日	
フリガナ							生年月日	年	月	日	
申請者氏名 (受診者)	(旧姓：)										
妊娠期間中の川崎市への転入・転出の有無				無 ・ 有 (年 月 日) 転入・転出							
申請者の現住所 連絡先	〒 — 電話 — —										
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒 — 引越し予定日 年 月 日										
	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 (川崎市で交付の方のみ)									
		使用した妊婦健康診査補助券の数（川崎市交付分）							枚		

2. 振込先

金融機関名									金融機関コード						
支店名									支店コード						
預金種別	普通	番号							フリガナ						
	当座								口座名義人						

※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。

----- 記 -----

私は、次の者に妊婦健康診査費用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）
氏 名	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）

● 対象となる妊婦健康診査の費用領収書・診療明細書の写し	計	枚
● 使用済みを含む妊婦健康診査費用補助券つづり		
(同封した補助券の枚数を記入)		
金額	21,000円	8,000円
枚数		
計	枚	
● 母子健康手帳P8～P9の「妊娠中の経過」の写し（未記入でも添付）	確認欄	☐
● 振込先の口座番号の分かるものの写し（預金通帳、キャッシュカード等のコピー）	確認欄	☐
◎ 受診証明書（領収書や補助券を紛失した方のみ）	確認欄	☐
◎ 申立書（母子健康手帳交付前に流産した方）	確認欄	☐

(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]★

★「次頁も必ずご記入ください」★

川崎市受理印

助成の申請対象である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

	母子健康手帳に記載 された受診年月日	母子健康手帳に記載 された妊娠週数	市 記 入 欄					
			償 還 払 い			追 加 助 成		合 計
			領 収 書 金 額 A	対 応 補 助 券	助 成 額 B	自 己 負 担 額 A-B	追 加 助 成 額 C	助 成 決 定 額 B + C
①	年 日 月	(週 日)		千 円				
②	年 日 月	(週 日)		千 円				
③	年 日 月	(週 日)		千 円				
④	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑤	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑥	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑦	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑧	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑨	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑩	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑪	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑫	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑬	年 日 月	(週 日)		千 円				
⑭	年 日 月	(週 日)		千 円				
多胎用記入欄	年 日 月	(週 日)						
	年 日 月	(週 日)						
	年 日 月	(週 日)						
	年 日 月	(週 日)						
	年 日 月	(週 日)						
			助 成 額 合 計					

※上限 46,000 円