

(第1号様式)

川崎市妊婦健康診査費用助成申請書

(宛先) 川崎市長

(申請日) 年 月 日

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	③ 無 ・ 有 (年 月 日) 転入・転出		
申請者の現住所 連絡先	〒 - ④	電話	- -
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒 - ⑤	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 当座	番号	
		フリガナ	
		口座名義人	⑥
※ 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。			
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)	⑦ 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)

● 補助券を利用しなかった妊婦健康診査の費用領収書・診療報酬明細書の写し	計 枚			
● 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) (多胎の追加の補助券を申請する場合は、使用済み補助券の裏本人控も同封し、合計の枚数を記入)	計 枚			
金額	21,000円	8,000円	6,000円	4,000円
枚数				
● 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 <input type="checkbox"/>			
● 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 <input type="checkbox"/>			
◎ 受診証明書(領収書や補助券を紛失した方のみ)	確認欄 <input type="checkbox"/>			
◎ 申立書(母子健康手帳交付前に流産した方)	確認欄 <input type="checkbox"/>			

(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

1. 申請者：妊婦健康診査の受診者の情報を記入してください。

① 申請者氏名：健診を受診した方の氏名を記入してください。

② 婚姻等で姓が変わった場合は、**旧姓欄も記入**してください。

③ 妊娠期間中にお引越しをされたか有・無に丸をしてください。

※有の場合は、年月日を記入してください。川崎市に住民票がない期間に受診した健診は助成対象外となります。

④ 申請者の現住所を記入してください。

※審査後、基本的にはこの欄に記載のある住所へ決定通知を送付します。

⑤ 申請後に引越すことがあらかじめ分かっている場合、引越し先の住所と引越し予定日を記入してください。

※申請書が川崎市に届いてから、審査に4か月程度お時間がかかるため、決定通知送付のタイミングによってはこの欄に記載されている住所に送付します。

2. 振込先

※川崎市から助成金額を振り込む際は、**横浜銀行から振込**を行いますので、ゆうちょ銀行等を振込先に指定する場合は、**他行からの振込の場合の口座情報**を記入してください。

⑥ 口座名義を記入してください。

※申請書が川崎市に届いてから、**振込まで4か月**程度お時間がかかるため、助成金が振り込まれるまでは口座名義を変更しないでください。

⑦ 委任欄は申請者以外の口座に振り込む場合のみ記入してください。

3. 申請に必要な書類

それぞれ申請に必要な書類のチェック欄です。申請前に必ずチェックしてください。

別途、申請書記入例もあわせて御確認下さい。