

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市産婦健康診査事業実施要綱第12条の規定により、関係書類を添えて産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

※1～4の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)							出産日又は死産・ 流産した日	年 月 日	
フリガナ							生年月日	年 月 日	
申請者氏名 (受診者)									
申請者の現住所 連絡先	〒	—						電話	— —
受診日時点の住所 (現住所が川崎市 外の方のみ)	〒	—							

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				
<p>※ 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。</p> <p style="text-align: center;">----- 記 -----</p> <p>私は、次の者に産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。</p> <p>受任者 (口座名義人) 氏名 <input type="text"/> 委任者 (申請者) 氏名 <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(印) (印)</p>											

3. 受診・支払状況

健診の種類	受診年月日	受診費用 (自己負担額)
産後2週間健診	年 月 日	円
産後1か月健診	年 月 日	円

4. 申請に必要な書類

※送付する前に申請に必要な書類の確認をしてください。

(確認欄)

医療機関等により産婦健康診査の結果が記載された「受診券」の写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
産婦健康診査費用が記載された領収書の写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
母子健康手帳「出産後の母体の経過」のページの写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
振込先口座情報がわかるものの写し (預金通帳やキャッシュカード等)	確認欄 <input type="checkbox"/>
川崎市産婦健康診査受診証明書 (受診券又は領収書の写しを提出できない方のみ)	確認欄 <input type="checkbox"/>

(注意)

- ※ 御提出いただいた個人情報は、産婦健康診査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

--