

《記入例》 県外妊婦

妊婦健康診査県外受診者補給金交付申請書

妊婦健康診査県外受診者補給金交付要綱第5条の規定により、補給金の交付を申請します。

なお、妊婦健康診査県外受診者補給金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

※太枠の中を記入してください

(宛先) 〇〇市

年 月 日

申請者住所	〒 伊勢崎市	※申請日当日の住所を記入してください。 (市外転出して、住所が市外・県外になっている場合は、現住所を記入)	
ふりがな		電話番号 () —	
申請者氏名	※妊婦本人の氏名		
受診医療機関名	※2箇所以上の場合もすべて記入		
交付申請額	円	※記入しないでください	

●その他必要な書類等●

- ・妊婦健康診査の領収書原本とそのコピー(日付順に)
- ・妊婦健康診査受診票(医療機関で結果と医療機関名を記入してもらう)
(医療機関で記入を断られた場合は、母子手帳の「妊娠中の経過」に記入があること)
- ・妊婦健康診査受診結果記載済みの母子手帳原本(「妊娠中の経過」とそのコピー)
- ・妊婦本人名義の通帳(見開き面)コピー(口座情報が確認できるもの)
- ・妊婦本人の印鑑(旧姓不可。朱肉を使うもの)
※請求書押印済の場合でも、訂正等に備えて印鑑は必ず持参してください。
- ・妊婦健康診査県外受診者補給金請求書(ホームページからダウンロード可能)
(記入押印済みのもの。窓口での記入押印もできます)