

松戸市妊婦健康診査公費負担超過費補助金申請書兼請求書

(宛先) 松戸市長

捨印

印

妊婦健康診査実施の際、公費負担額以上の費用が発生したので補助金を申請します。
また、松戸市がこの申請に必要な情報について、調査及び医療機関等に確認することに同意します。

【下記項目について確認し、□にレ点を入れてください】

- ☐ 松戸市初回産科受診料補助金に対し、支給決定されている。(他自治体においても同様)
- ☐ 上記支給決定された妊娠時期での妊婦健康診査による申請である。
- ☐ 初回産科受診時が他市であり、この制度を実施していなかったが、支給対象要件に該当する。

申請者 (妊婦)	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日
	健診時の住所	松戸市		電話番号 (日中の連絡先)	
	現 住 所	同上			
	母子健康手帳交付年月日	年 月 日			

提出書類 (書類が整っているか、ご確認ください)	☐ 医療機関等交付の領収書/明細書の原本 (返却希望の 有 ・ 無)
	☐ 初回産科受診料補助金支給決定通知の写し ☐ 母子健康手帳の表紙・検査、健診等の記録 (写し) ☐ 振込先金融機関等の預金通帳等 (写し) ☐ 委任状 (申請者と振込先名義人名が違う場合) ☐ 世帯の課税状況が確認できる書類 (必要な場合のみ) ☐ その他

※この、助成金の支給申請期限は、健康診査・検査受診日の年度末となります。

振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 出張所				
	口座種別	(普)	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

.....ここから下は記入しないでください.....

受付者	受付印	不備書類	☐ 領収書の原本 ☐ 決定通知書の写し ☐ 母子健康手帳写し ☐ 金融機関等の写し ☐ 委任状 ☐ 他	完了日	支給額
					円

松戸市妊婦健康診査公費負担超過費補助金申請書兼請求書

(宛先) 松戸市長

捺印

印

妊婦健康診査実施の際、公費負担額以上の費用が発生したので補助金を申請します。
また、松戸市がこの申請に必要な情報について、調査及び医療機関等に確認することに同意します。

【下記項目について確認し、□にレ点を入れてください】

- ☐ 松戸市初回産科受診料補助金に対し、支給決定されている。(他自治体においても同様)
- ☐ 上記支給決定された妊娠時期での妊婦健康診査による申請である。
- ☐ 初回産科受診時が他市であり、この制度を実施していなかったが、支給対象要件に該当する。

申請者 (妊婦)	フリガナ氏名	マツド ハナコ 松戸 花子	生年月日	S 63年 3月 31日
	健診時の住所	松戸市 竹ヶ花74-3	電話番号 (日中の連絡先)	090-1111-2222
	現住所	同上		
	母子健康手帳交付年月日		R6 年 7月 7日	

提出書類 (書類が整っているか、ご確認ください)	☒ 医療機関等交付の領収書/明細書の原本 (返却希望の有・無)
	☒ 初回産科受診料補助金支給決定通知の写し
	☒ 母子健康手帳の表紙・検査、健診等の記録 (写し)
	☒ 振込先金融機関等の預金通帳等 (写し)
	☐ 委任状 (申請者と振込先名義人名が違う場合)
	☐ 世帯の課税状況が確認できる書類 (必要な場合のみ)
	☐ その他

※この、助成金の支給申請期限は、健康診査・検査受診日の年度末となります。

振込先	金融機関名	千葉 銀行 組合 金庫 農協			支店名	松戸 本店 支店 出張所				
	口座種別	(普)	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	マツド ハナコ								
	口座名義人	松戸 花子								

.....ここから下は記入しないでください.....

受付者	受付印	不備書類	☐ 領収書の原本	完了日	支給額
	☐ 決定通知書の写し				
	☐ 母子健康手帳写し				
	☐ 金融機関等の写し				
	☐ 委任状				
			☐ 他		円