

産婦及び1か月児健康診査費用助成金申請書（償還払用）

令和 ● 年 ● 月 ● 日

習志野市長 宛て

関係書類を添えて、産婦及び1か月児健康診査費用助成金を申請します。

また、産婦及び1か月児健康診査費用助成金の申請にあたり、習志野市が医療機関又は助産所に対し、下記の申請者の助成に関する情報の照会並びに提供を求めることに同意します。

※枠内をご記入ください。

申請者は産婦の名前にしてください
住所は住民票がある住所です。
※申請者欄の訂正は不可

訂正印を使用した時のみ
押印

訂正は
修正ペン不可
二重線のみ

訂正印を使った
時のみすべて
訂正印と
申請者氏名^印

申請者	現住所	習志野市鷺沼●-●-●					
	氏名	フリガナ	ナラシノ ハナコ			（※平日の日中における連絡先）	
			習志野 花子			090-●●●●-0000	
産婦健康診査	住所	習志野市 ≪習志野市の住所を記入 同上 可≫					
	氏名	フリガナ	ナラシノ ハナコ			生年月日 平成●年 ●月 ●日	
			習志野 花子			令和●年 ●月 ●日 受診回数 ●回 産婦健康診査受診票No. 受診票番号を記入	
1か月児健康診査	受診者(児)	氏名	フリガナ	ナラシノ イチロウ			生年月日 令和●年 ●月 ●日
				習志野 一郎			1か月児健康診査受診票No. 受診票番号を記入
	住所	習志野市 ≪習志野市の住所を記入 同上 可≫					

〔多胎児記入欄〕

〔市役所使用欄〕

産婦健康診査請求金額

円

1か月児健康診査	受診者(児)	氏名	フリガナ				生年月日	年 月 日
		住所	習志野市					1か月児健康診査受診票No.
	受診者(児)	氏名	フリガナ				生年月日	年 月 日
		住所	習志野市					1か月児健康診査受診票No.

〔市役所使用欄〕

1か月児健康診査請求金額

円

総請求金額

円

申請者の指定振込先金融機関	金融機関	金融機関コード	○	○	○	○	金融機関名	〇〇銀行		
	支店	支店コード	×	×	×	支店名	××銀行			
	○普・当・貯	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	口座名義人(カタカナで記入)

※受診時と申請時の住所が異なる場合は、下記もご記入ください。

申請者名義（旧姓不可）
他の口座にする場合は委任状が必要。

転出(予定)日 年 月 日
新住所 〒 電話 ()

産婦健康診査

受診票	領収書	診療明細書	手帳写	質問票	契約有無	住基フェック
					無	
受付			返却			

1か月児健康診査

	受診票	領収書	診療明細書	手帳写	契約有無	住基フェック
受診者(児)					無	
受診者(多胎児)					無	
受診者(多胎児)					無	