

尼崎市妊産婦健診助成申請書(償還払い用)

受付印

申請日	令和 年 月 日	受理番号	
尼崎市長あて 尼崎市妊産婦健診事業の助成を申請します。 なお、医療機関が尼崎市に受診結果を報告すること、必要に応じ保健師の保健指導を受けることを承諾します。※		母子健康手帳 交付番号	市発行
申請者(妊産婦)氏名 フリガナ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳		妊娠届出日	令和 年 月 日
		出産予定日	令和 年 月 日
		妊産婦健診を受けた医療機関名	
住所	〒 _____ 尼崎市 <input type="checkbox"/> 健診受診日に尼崎市に住民登録しています		
電話	日中連絡のとれる連絡先 _____		

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

※ 今回ご記入いただきました個人情報及び報告される受診結果は、尼崎市個人情報保護条例に基づき管理し、妊産婦健診後のフォローのために使用します。受診結果を統計の作成や学術研究の目的のために利用する場合は、匿名化し、個人が特定される形で公表されることはありません。

振込先	銀行	(店番)	本店	委任 左記口座名義人が申請者(妊産婦)と異なる場合は、左記口座名義人を代理人と定め、上記請求により尼崎市から支給される妊産婦健診費用相当額を受領することを委任します。 令和 年 月 日 申請者(妊産婦)氏名 _____
	信用金庫		支店	
	農協		営業所	
	預金種別	普通	当座	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

申請者(妊産婦)と口座名義人が異なる場合は、以下もご記入ください。★申請者及び口座名義人の本人確認資料の添付が必要です。ただし、窓口来所者が申請者本人である場合に限り、委任欄に署名することにより、上記を省略することができます。

口座名義人 住所 _____
 続柄 連絡先 _____

注) 申請の際には、申請書のほかに、本人確認資料、受診結果報告書(償還払い用)、母子健康手帳、健診日の領収書、受診券(交付している場合)、振込先を確認できるものが必要です。

下欄は記入しないでください。

受付時記載欄	受診券(No. _____)・発行なし	多胎
	返却(前・後・S・A 回・B 回・産婦 回)	
	償還払い(_____ 年 月 日)	
	(転入 ・ 転出 _____ 年 月 日)	

本人確認資料
<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住B <input type="checkbox"/> 特永 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 個C
<input type="checkbox"/> 保(国・社・後・介) <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住A
<input type="checkbox"/> 学・社 <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> キャ・クレジット <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 聞取・確認書
<input type="checkbox"/> その他(_____)

支給決定日	担当者確認欄

回数	支給決定額
	円