第1号様式2

尼崎市妊産婦健診助成申請書（償還払い用）

受付印

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日	令和　　年　　月　　日	（交付済みの場合）受診券番号	

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。※

申請者（妊産婦）氏名	フリガナ		
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　）歳	
（妊産婦以外が来所した場合）代理人氏名	フリガナ		
	続柄	電話番号	
妊産婦住所	〒　　－ 尼崎市	□ 健診受診日に尼崎市に住民登録しています	
妊産婦電話番号	日中連絡のとれる連絡先　　－　　－		

母子健康手帳交付番号	市発行
妊娠届出日	令和　　年　　月　　日
出産予定日	令和　　年　　月　　日
（出産後の申請の場合）出産日	令和　　年　　月　　日
妊産婦健診を受けた医療機関名	

※　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 信用金庫 農協	（店番）	本店 支店 営業所
	預金種別	普通　当座　貯蓄　その他	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

委任欄（妊産婦以外の口座に振込を希望する場合のみ記入してください）

　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。

委任者（妊産婦）【本人署名】氏名：

代理人（口座名義人）：

委任者（妊産婦）との続柄：　□ 夫　□その他（　　）

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	
	①　□単胎　□多胎
	②　受診券発行　□あり　→　返却（前・後・S・A　回・B　回・産婦　回・多胎追加分　回）　□なし
	③　□本人（妊産婦）確認書類の確認　□振込先口座確認
	④　□結果報告書：実施機関名と担当医師または助産師の署名または記名押印（担当医師等の認印や公印等）確認
	⑤　転入　・　転出　（　　年　　月　　日）
	⑥　今回より前の償還払いの履歴　（　　年　　月　　日）
	⑦　確認者（　　）　備考欄：

支給決定日	担当者確認欄

回数	支給決定額
	円

R6.4.1
改定