

郵送申請 記入例

様式第3号 申請日 年 月 日

尼崎市妊産婦健診助成申請書（償還払い用）

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。また、尼崎市が申請内容に必要な情報を医療機関等へ照会することを承諾します。
 ※太枠内を記入してください。

申請者 (妊産婦)	フリガナ				母子健康手帳 交付日	年 月 日
	氏名				母子健康手帳 交付番号	市発行
	住所	〒 —			母子健康手帳 交付後の市外 転居の有無	有 → 転入・転出(市) 無 (年 月 日)
	電話番号	()			妊産婦健診 を受けた 医療機関名	
	生年月日	年 月 日 () 歳			続柄	
出産予定日	年 月 日			電話		
出産日	年 月 日					
代理 申請	フリガナ					
	氏名					

医療機関を複数受診している場合は、
すべてご記載ください。

振 込 先	銀行	(店番)	本店	委任欄（振込先） 左記口座名義人を代表人として、上記請求により所定の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： <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他 ()
	信用金庫		支店	
	農協		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			

申請金額合計	円	受診券番号	<input type="checkbox"/> 交付なし
		受診券残数	前期・中期・後期・基本健診 () 枚 産婦健診 () 枚・多胎追加 () 枚

妊婦健診	受診年月日	実支払額 (保険診療を除く)	支払決定額	備考欄
①	年 月 日	円		
②	年 月 日	円		
③	年 月 日	円		
④	年 月 日	円		
⑤	年 月 日	円		
⑥	年 月 日	円		
⑦	年 月 日	円		
⑧	年 月 日	円		
⑨	年 月 日	円		
⑩	年 月 日	円		
⑪	年 月 日	円		
⑫	年 月 日	円		
⑬	年 月 日	円		
⑭	年 月 日	円		
⑮	年 月 日	円		
⑯	年 月 日	円		
⑰	年 月 日	円		
⑱	年 月 日	円		
⑲	年 月 日	円		
⑳	年 月 日	円		
産婦健診	①	年 月 日	円	
	②	年 月 日	円	

※助成回数(単胎妊娠は1回、多胎妊娠は2.0回まで)

【申請時に必要な添付書類】

- 申請者（妊産婦）の身分証明書（マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど）
- 母子健康手帳（『表紙』『妊娠中の経過』のページ、出産後の場合は『出産後の母体の経過』のページ）
- EPDSの結果（産婦健診の助成を受ける場合）
- 領収書
- 振込先金融機関の口座情報が確認できるもの（キャッシュカードや通帳等）
- 【代理人による窓口申請の場合】代理人の身分証明書（マイナンバーカード・運転免許証など）

支給決定額	円	助成回数	
支給決定日		担当者	

受診券を紛失し、受診券番号や残数が不明の場合は空欄のまま結構です。

領収書を参考にご記入ください。支払金額のうち、保険診療分や文書料、妊産婦健診と関係がない医療費は差し引いてください。

確認事項

- ・助成上限回数を超えた分はお支払いができません。
 （里帰り前に受診券を使用して委託医療機関で受診している場合は、残券分の償還払い申請が可能です。）
- ・助成上限額と実支払額のうち、金額の低い金額が返金されます。
- ・申請内容の確認のため、保健所健康増進課から申請者や受診医療機関へお問い合わせをさせていただくことがあります。ご連絡が取れない場合は申請受付ができない可能性がありますので、ご注意ください。
- ・記載方法が不明な場合や申請期限までのお日にちが短い場合は、窓口申請をお勧めします。