

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 <input type="checkbox"/> 転入・転出( _____ 市) 無 <input type="checkbox"/> ( _____ 年 月 日)
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) 歳			妊産婦健診 を受けた 医療機関名	
	出産予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	出産日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
代理 申請	フリガナ				続柄	電話 番号
	氏名					
振込先	銀行	(店番)	本店			委任欄（振込先が妊産婦の口座以外の場合は記入） 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： <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 ※助成回数は 単胎妊娠は14 回、多胎妊娠 は20回まで	受診年月日	実支払額（保険診療を除く）		支給決定額	備考欄	
	①	年 月 日	円	円		
	②	年 月 日	円	円		
	③	年 月 日	円	円		
	④	年 月 日	円	円		
	⑤	年 月 日	円	円		
	⑥	年 月 日	円	円		
	⑦	年 月 日	円	円		
	⑧	年 月 日	円	円		
	⑨	年 月 日	円	円		
	⑩	年 月 日	円	円		
	⑪	年 月 日	円	円		
	⑫	年 月 日	円	円		
	⑬	年 月 日	円	円		
	⑭	年 月 日	円	円		
	⑮	年 月 日	円	円		
	⑯	年 月 日	円	円		
	⑰	年 月 日	円	円		
	⑱	年 月 日	円	円		
	⑲	年 月 日	円	円		
	⑲	年 月 日	円	円		
産婦健診	①	年 月 日	円	円		
	②	年 月 日	円	円		

【申請時に必要となる添付書類】

- 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