

# 申請書記入例

元号〇〇年〇月〇日

稲城市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付申請書

稲城市長 殿

申請者 住 所 稲城市平尾〇〇〇  
 氏 名 稲城 太郎  
 電 話 042-〇〇〇-〇〇〇〇  
 妊婦との続柄（ 夫 ）

お引越はされていませんか？妊娠中にお引越されている場合は職員にお伝えください。

間違えた場合は、必ず二重線で訂正をお願いします。  
 ※修正テープは使用不可です。

里帰り等の理由により、東京都外の医療機関又は助産所で妊婦健康診査等を受診し費用を負担したので稲城市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

この申請の内容について、医療機関又は助産所へ確認することに同意します。

お引越をされている場合は、申請者住所には現住所を、下欄にある対象妊婦住所に、受診日時点のご住所をご記入ください。

妊娠判定検査、健康保険適用の診療（3割負担で受けた診療）は対象外です。

未使用の受診票の回数に合わせて日付順にご記入ください。

母子健康手帳の表紙に記載のある交付日を記入ください。

フリガナ	イナギ ヨシコ		対象者住所	稲城市	交付日	事務処理欄 (記入不要)
対象者氏名	稲城 良子		同上		元号〇〇年〇月〇日	
区分	受診年月日	医療機関等の名称	医療機関等の所在地	自己負担額	助成額	
妊婦健康診査	1回目				(円)	(円)
	2回目				(円)	(円)
	3回目				(円)	(円)
	4回目				(円)	(円)
	5回目	R〇年4月1日	カワサキ産婦人科	川崎市麻生区〇〇〇	15,000 (円)	(円)
	6回目	R〇年4月15日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	7回目	R〇年4月29日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	8回目	R〇年5月13日	同上	同上	8,000 (円)	(円)
	9回目	R〇年5月27日	同上	同上	6,000 (円)	(円)
	10回目	R〇年6月10日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	11回目	R〇年6月24日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	12回目	R〇年7月1日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	13回目	R〇年7月8日	同上	同上	4,000 (円)	(円)
	14回目	R〇年7月15日	同上	同上	4,000 (円)	(円)
超音波検査	1回目				(円)	(円)
	2回目	R〇年4月1日	同上	同上	6,000 (円)	(円)
	3回目	R〇年6月10日	同上	同上	6,000 (円)	(円)
	4回目	R〇年7月15日	同上	同上	6,000 (円)	(円)
子宮頸がん検診	年月日				(円)	(円)
新生児聴覚検査	年月日				(円)	(円)
産婦健診	1回目	R〇年8月30日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
	2回目	R〇年9月14日	同上	同上	5,000 (円)	(円)
1か月児健診	R〇年9月30日	同上	同上	6,000 (円)	(円)	(円)
助成金交付額						(円)

未記入



©K.Okawara・Jet Inoue