

# 産婦健康診査助成金交付申請書兼報告書

年 月 日

相模原市長 あて

〒 -

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 (申請時) \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。

産婦健康診査助成金について、関係書類を添えて申請及び報告をします。

|                 |  |                             |   |        |   |         |        |  |  |   |   |   |   |
|-----------------|--|-----------------------------|---|--------|---|---------|--------|--|--|---|---|---|---|
| ふりがな            |  | 産婦の受診番号<br>母子手帳別冊の<br>表紙に記載 | 0 | 0      |   |         |        |  |  |   |   |   |   |
| 産婦の氏名           |  | 産婦の生年月日                     |   |        |   |         |        |  |  | 年 | 月 | 日 |   |
| 産婦住所<br>(健診日時点) | 相模原市 区   |                             |   |        |   |         |        |  |  |   |   |   |   |
| 申請理由            | 里帰り先等で産婦健康診査の補助券を使用できなかったため<br>産婦健康診査の費用総額が5,000円未満であったため<br>その他( )  |                             |   |        |   |         |        |  |  |   |   |   |   |
| 健診日(産後2週間健診)    | 年  | 月                           | 日 | 健診費用総額 | 円 | 助成金額(A) | 5,000円 |  |  |   |   |   | 円 |
| 健診日(産後4週間健診)    | 年  | 月                           | 日 | 健診費用総額 | 円 | 助成金額(B) | 5,000円 |  |  |   |   |   | 円 |
| 助成金額(A+B)       | 助成金額は2・4週間健診でそれぞれ負担した健診費用総額と5,000円を比較して小さい額になります。  |                             |   |        |   |         |        |  |  |   |   | 円 |   |
| 同意欄             | 私は、相模原市(以下「市」という。)が公簿等で受給資格について確認を行い、誤りがあった場合は、市が産婦健康診査助成金交付申請書兼報告書を補正することに同意します。また、公簿等で受給資格を確認できない場合は、市が求める関係書類を提出し、市が医療機関等に受診状況を確認することを承諾します。<br>申請者氏名 _____ |                             |   |        |   |         |        |  |  |   |   |   |   |

## < 注意事項 >

助成金の交付申請には、下記の関係書類が原則必要ですので、ご確認ください。

また、既に市から転出している場合や、申請者と産婦の住所が異なる場合は、申立書が追加が必要です。

産婦健康診査助成金交付申請書

結果の記入がある産婦健康診査補助券[市送付用]

お母さんの気持ち質問票[市送付用]

領収書と明細書の写し(産婦健康診査を実施したことがわかるもの)

追加が必要な場合

住所変更に係る申立書(既に相模原市から転出している場合)

住民登録地が異なる場合の申立書(申請者と産婦の住所が異なる場合)

関係書類は申請書を上にして、上記の順番にして左上をホッチキスで留めてご申請ください。

申請期間は出産日から1年以内です。

## 産婦健康診査助成金交付申請書兼報告書

令和3年2月20日

相模原市長 あて

〒252-0239  
住所 中央区中央1-1-1  
申請者 (申請時) 中央ハイツ101  
氏名 相模花  
電話番号 042 ( 754 ) 1111

申請者は、原則、産婦又は産婦の配偶者となります。

平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。

産婦健康診査助成金について、関係書類を添えて申請及び報告をします。

|  |  |                             |          |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |
|--|--|-----------------------------|----------|---|---|------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな   | さがみ はな   | 産婦の受診番号<br>母子手帳別冊の<br>表紙に記載 | 0        | 0 | 1 | 2                            | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 産婦の氏名  | 相模花  | 産婦の生年月日                     | 平成2年3月3日 |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |
| 産婦住所<br>(健診日時点)  | 相模原市 中央区 中央1-1-1 中央ハイツ1  |                             |          |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |
| 申請理由   | ✓里帰り先等で産婦健康診査の補助券を使用できなかったため<br>産婦健康診査の費用総額が5,000円未満であったため<br>その他( )   |                             |          |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |
| 健診日(産後2週間健診)   | 3年1月30日  | 健診費用総額                      | 4,000円   |   |   | 助成金額(A)<br>5,000円<br>✓4,000円 |   |   |   |   |   |   |
| 健診日(産後4週間健診)   | 3年2月15日  | 健診費用総額                      | 6,000円   |   |   | 助成金額(B)<br>✓5,000円<br>円      |   |   |   |   |   |   |
| 助成金額(A+B)<br>助成金額は2・4週間健診でそれぞれ負担した健診費用総額と5,000円を比較して小さい額になります。 | 9,000円   |                             |          |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |
| 同意欄  | 私は、相模原市(以下「市」という。)が公簿等で受給資格について確認を行い、誤りがあった場合は、市が産婦健康診査助成金交付申請書兼報告書を補正することに同意します。また、公簿等で受給資格を確認できない場合は、市が求める関係書類を提出し、市が医療機関等に受診状況を確認することを承諾します。<br>申請者氏名 相模花 |                             |          |   |   |                              |   |   |   |   |   |   |

## &lt;注意事項&gt;

助成金の交付申請には、下記の関係書類が原則必要ですので、ご確認ください。

また、既に市から転出している場合や、申請者と産婦の住所が異なる場合は、申立書が追加が必要です。

産婦健康診査助成金交付申請書

結果の記入がある産婦健康診査補助券[市送付用]

お母さんの気持ち質問票[市送付用]

領収書と明細書の写し(産婦健康診査を実施したことがわかるもの)

追加が必要な場合

住所変更に係る申立書(既に相模原市から転出している場合)

住民登録地が異なる場合の申立書(申請者と産婦の住所が異なる場合)

関係書類は申請書を上にして、上記の順番にして左上をホッチキスで留めてご申請ください。

申請期間は出産日から1年以内です。