（第1号様式）**鎌倉市妊産婦健康診査費補助金申請書**　（太枠内を記入してください）

市記入欄 □

年　　月　　日

（あて先）鎌倉市長

〒

申請者（妊産婦健診の受診者）

住　所　鎌倉市

氏　名

電話番号

私は、次の者に妊産婦健康診査費補助金の交付の申請を委任します。

代理申請者

住　所

氏　名　　（続柄　　）

関係書類を添えて、妊産婦健康診査費の補助金の交付を申請します。
なお、補助金の交付決定にあたり、必要があるときは鎌倉市が住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容について、医療機関等に確認することに同意します。

申請理由	1　県外医療機関・助産所等で受診したため 理由　：　□里帰り □その他（　　） 2　妊産婦健康診査費が補助券記載金額に満たなかったため 3　その他（　　）

受診日	領収書記載額
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円
年　月　日	円

確認		回数	助成対象自己負担額	助成額	確認	
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			円	円		
			補助決定額	円		

振込先										
	金融機関名	銀行 金庫 組合	支店名	本店 支店 出張所						
	預金種別	普通　・　当座	口座番号							
	口座名義人（カタカナ）									

受付印

【注意】訂正する場合は「＝（二重線）」で訂正し、訂正箇所に申請者の印を押してください。

本申請書には、次の書類を添付してください。

□　母子健康手帳の写し（「表紙」と「妊娠中の経過」「出産後の母体の経過」欄）
□　妊産婦健康診査の領収書等の写し（氏名、健診費用、健診日、医療機関等の名称及び住所が記載されたもの）
□　利用できなかった妊産婦健康診査費用補助券（今回の申請分を２枚１組でご提出ください）
□「お母さんのための子育てアンケート」を申請される場合、医師等により実施医療機関記入欄が記入された「市町村送付用」