

令和 3 年 3 月 3 日

(あて先) 鎌倉市長

〒248-8686

申請者 (妊産婦健診の受診者) 住所 鎌倉市 御成町18-10 氏名 鎌倉 みどり 電話番号 0467-61-3944

申請者 (=妊産婦) 以外の方が申請される場合は、ご記入ください。

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 鎌倉 よしつね (続柄 夫)

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 table with 3 rows: 1. 県外医療機関・助産所等で受診したため (理由: 里帰り checked, その他 unselected), 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

領収書記載額 table with columns: 受診日, 領収書記載額. Includes entries for 令和3年 1月 10日 (5,000円), 1月 24日 (8,000円), 2月 1日 (8,000円).

補助決定額 table with columns: 確認, 回数, 助成対象自己負担額, 助成額, 確認. Includes a large '市役所使用欄' watermark and a '補助決定額' row at the bottom.

振込先 table with fields: 金融機関名 (かまくら), 支店名 (かまくら), 預金種別 (普通), 口座番号 (1234567), 口座名義人 (カマクラ ヨシツネ).

受付印 ouchiyo銀行の場合は振込用の店名・口座番号をご記入ください。

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)
実施医療機関記入欄が記入された「お母さんのための子育てアンケート」の「市町村送付用」