

記入例

(表)

申請日

令和〇〇年 〇月 〇日

調布市長 宛

申請者 住 所 〒000-0000

調布市小島町〇—〇—〇

申請者は、原則、産婦健診受診者
本人です(難しい場合は配偶者も
可)。

氏 名 調布 花子

電話番号 042(441)6081

健診受診者氏名 調布 花子

調布市産婦健康診査費用助成金交付申請書

調布市産婦健康診査費用助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

受診票に記載のある検査項目が助成対象とな
ります。保険適用額(薬代等)を除外した金額を
ご記入ください。

申請者と同一

同意欄

氏名 調布 花子

下記太枠内のみご記入ください

受診回	受診日	受診医療機関等名	自己負担額 (領収書記載額)	審査助成額	備考
1回目	令和〇 年〇 月 〇 日	〇〇クリニック	7,000 円	円	
2回目	令和〇 年〇 月 〇 日	〇〇クリニック	6,000 円	円	

記入不要(市記入欄)
(助成限度額:5,000円/回)

振込先 (注) 口座名義は、申請者のものに限りします。

金融機関名	コード	0	0	0	0	支店名	コード	1	2	3
	〇〇銀行						〇〇支店			
預金口座	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	
フリガナ	チョウフ ハナコ									
口座名義	調布 花子									

申請者の口座を記入してください。
(申請者が配偶者の場合は、配偶者の口座
を記入)

(裏)

〈必要書類〉

- 1 母子健康手帳のコピー(「出生届出済証明」、「出産後の母体の経過」の記録のページ。)
(分娩予定日が令和8年8月21日以降で、かつ、令和8年4月から9月までに受診した場合は、分娩予定日がわかるページも要)
- 2 領収書の原本(産婦健康診査の費用が含まれているもの)
- 3 明細書の原本(領収書の明細がわかるもの)
- 4 健康診査の結果が記載された産婦健康診査受診票の2枚目(請求原票・結果通知票)
- 5 キャッシュカード等のコピー(申請書の振込先に記入した口座番号のわかるもの)

〈注意事項〉

- 1 1人1回5,000円を上限に、2回を限度として助成します。
- 2 産婦健康診査受診票を公費で利用できない医療機関又は助産所で受診した場合に助成します。
- 3 原則産後2か月以内に受診し、受診時に調布市に住民登録があることが必要です。
- 4 申請期間は出産後、出産日の翌日から起算して1年間です。なお、流産又は死産の方は、その日から起算して1年間です。