

第1号様式（第14関係）

(表)

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号 ()

健診受診者氏名

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。

同意欄 氏名 _____

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	年 月 日		円	円	
2回目	年 月 日		円	円	

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					支店名	コード			
預 金 口 座	普通・当座		口座番号							
フリガナ										
口座名義										

(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。