

年 月 日

（宛先） 小金井市長

申請者 住 所
氏 名
電 話

小金井市里帰り等産婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

東京都外の医療機関で産婦健康診査を受診し、費用を負担したので、小金井市里帰り等産婦健康診査受診費助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により下記のとおり助成金の交付を申請・請求します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

記

1 回 目	受診機関名		所在地	
	受診年月日	年 月 日	負担額	円
2 回 目	受診機関名		所在地	
	受診年月日	年 月 日	負担額	円

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関		店番号			口座番号						
銀行 信用金庫 農協	本 ・店 支										
		口座名義 (カタカナ)									
		口座は、原則申請者名義のものに限ります。									

- （注 1） 添付書類

① 小金井市産婦健康診査実施要綱様式第 5 号の乙票（健診結果の記載及び医療機関の押印又は署名があるもの）
② 産婦健康診査の領収証の写し及び診療明細書の写し
- （注 2） 助成金額

産婦健康診査の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- （注 3） 申請期間

産婦健康診査受診日から 1 年間
- （注 4） 振 込 先

原則として産婦名義の口座がない場合は、別紙委任状を提出