

第1号様式（第4条関係）

武蔵野市長 殿

28.8.1より転居予定

〇〇県××市△△町 1-1-1  
武蔵

申請者は妊婦本人とし、現住所をお書きください。今後2か月以内に転出予定のあるかたは欄外に転出予定日、転出先住所をお書きください。（1か月後の月末に通知を送付いたします）

月 日

受領印

助成金交付申請書

申請者 住 所 武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10  
氏 名 武蔵野 花子 印  
電話番号 0422-51-0700

記載事項を訂正する場合には二重線で消し、申請者印を押してください。

費助成金）の交付を受けたいので、（武蔵野市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条）の規定により、次のと

なお、この申請の内容を確認する武蔵野市長が住民基本台帳の閲覧、受診機関への確認等を行うことに同意します。

妊婦の氏名	武蔵野 花子	妊婦の生年月日	昭和60年1月1日	新生児氏名	武蔵野 次郎	
受診時の住所	武蔵野市吉祥寺北町4-8-10			出産日	平成31年 4月 10日	
受診時の詳細	受診年月日	受診した場所の都道府県	医療機関名	負担額	審査金額	
	1回目	年 月 日			円	
	2回目	年 月 日			円	
	3回目	年 月 日			円	
	4回目	年 月 日			円	
	5回目	年 月 日			円	
	6回目	年 月 日			円	
	7回目	年 月 日			円	
	8回目	年 月 日			円	
	9回目	年 月 日			円	
	10回目	年 月 日			円	
	11回目	年 月 日			円	
	12回目	年 月 日			円	
	13回目	平成31年 2月 25日	三重県	武蔵野病院	7000円	円
	14回目	平成31年 3月 10日			6000円	円
超音波検査	年 月 日			円	円	
子宮頸がん検診	年 月 日			円	円	
新生児聴覚検査	平成31年 4月 14日	三重県	武蔵野病院	4000円	円	
合計	3回			17000円	円	

審査金額欄は記入しないでください。助成金額は年度により上限額が異なります（2019年度は1回目10,850円、2回目～14回目5,070円、超音波検査5,300円、子宮頸がん検診3,400円、新生児聴覚検査3,000円です。医療機関での支払額を全額助成するものではありません）

（妊婦健康診査受診費助成金・新生児聴覚検査受診費助成金）について、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	店	申請者と口座名義人が異なる場合には委任状に申請者の記名押印が必要です。	本店	口座番号（7けた）
三菱東京UFJ	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店	0 1 2 3 4 5 6
				口座名義人（カタカナ）
				ム サ シ ノ タ ロ ウ

\*振込先の口座名義を申請者本人以外の場合は、上記の委任状に記入と捺印が必要です。

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

平成28年6月23日 申請者 武蔵野 花子 印