

# 記入例

様式第1号

吹田市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

申請者と同じ場合は、記入不要

令和 年 月 日

吹田市長 宛

押印2か所有

次のとおり、吹田市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査に係る自己負担額助成金の交付を申請します。

また、助成金は次の口座に振り込んでください。

|              |                                  |   |                  |                            |                      |   |   |
|--------------|----------------------------------|---|------------------|----------------------------|----------------------|---|---|
| 申請者<br>(妊産婦) | 氏名                               | 吹田 花子 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> |                  | 生年月日                       | 昭和 平成 ●●年 ●月 ●日      |   |   |
|              | 住所等                              | 〒 ●●●-●●●●<br>吹田市●●町●●丁目●番●号  |                  |                            | 電話(●●)●●●●-●●●●      |   |   |
| 受診者          | 妊産婦氏名                            | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ  |                  | 新生児氏名                      | 吹田 太郎<br>(令和●年●月●日生) |   |   |
|              | 受診時の<br>住民票所在地                   | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ  |                  |                            |                      |   |   |
| 健診等を受けた医療機関  | ※複数ある場合は全て記入してください。<br>●●●産婦人科医院 |   |                  |                            |                      |   |   |
| 振込先口座        | ●●●                              | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  | 普通<br>当座         | 口座番号<br>(左詰めで記入)           | ●                    | ● | ● |
|              | ●●●                              | 本店<br>支店<br>出張所   | 口座名義<br>(申請者と同じ) | (フリガナ) スイタ ハナコ<br>氏名 吹田 花子 |                      |   |   |

|          |      |   |
|----------|------|---|
| 交付申請額(※) | 記入不要 | 円 |
|----------|------|---|

(※) 交付申請額については捨印による訂正ができないため、誤った額を記入された場合、再度書類を書き直したうえで申請が必要となります。(※申請書の記入にあたっては、記入例を御参照ください。)

◆【申請時にあわせて提出いただく書類】

- 領収書等（妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査を受ける際に支払った費用の額を証する書類）
- 未使用の受診票（他府県での受診で一旦自己負担したことにより未使用となったもの）

領収書等を確認のうえ市が記入しますので、空欄で結構です。

(記入ミスがある場合、再度申請書を記入していただく必要があります。)