

町田市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付申請書
(初回産科受診料助成用)

町田市長 様

年 月 日

初回産科受診料の助成について、下記のとおり申請します。
この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。また、医療機関等と町田市が、必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。

申請者	ふりがな	まちだし たろう	住所	町田市森野2-2-22 申請時点で町田市外に転出している場合、申請者欄は現在の住所をご記入いただき、妊婦の住所欄に町田市在住時の住所をご記入ください。
	氏名	町田市 太郎		
	生年月日	1985年1月1日		
	妊(産)婦との関係	本人 <input checked="" type="radio"/> 夫 <input type="radio"/>	電話番号 (この申請についての連絡先)	
妊(産)婦	ふりがな	まちだし はなこ	受診時の住所(申請者と異なる場合)	
	氏名	町田市 花子	町田市	
	生年月日	1985年4月1日		
医療機関 (助産所)	名称	〇〇産婦人科医院		
	所在地	町田市△△町1-2-3		

受診回数	受診年月日	領収書記載額	助成限度額	申請額
1回	2024年4月15日	7,000円	10,000円	7,000円

保健予防課記入欄					
<input type="checkbox"/> 領収書(原本)	<input type="checkbox"/> 申請要件確認書類		申請額確認	受診日住基	有・無
<input type="checkbox"/> 明細書	非課税証明・生活保護・他()		領収書・明細書・医療機関	妊娠届出日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 請求書	差戻し	受付	受付場所	受付者	2次審査者
<input type="checkbox"/> 債権者登録依頼書	(/)	(/)	健・郵・他()		領収書 要・否