

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、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		住所	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	妊(産)婦との関係	本人・夫・	電話番号 (この申請についての連絡先)	
妊(産)婦	ふりがな		受診時の住所(申請者と異なる場合)	
	氏名		町田市	
	生年月日	年 月 日		
医療機関 (助産所)	名称			
	所在地			

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	年 月 日	円	10,000円	円

保健予防課記入欄						
<input type="checkbox"/> 領収書原本(返却しない)	<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	相談面接日	受付	受付場所		受付者	一次審査
<input type="checkbox"/> 債権者登録依頼書	(/)	(/)	健・郵・他()			二次審査