第1号様式（第４条関係）

妊婦健康診査助成金交付申請書兼報告書

年　　月　　日

相模原市長　あて

〒　　－

住所　相模原市　　区

申請者

氏名　　印

電話番号　　（　　）

※平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。
※氏名を本人が自署した場合は、押印を省略できます。

相模原市妊婦健康診査助成金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて妊婦健康診査費用の助成を申請します。

受診番号	O	O									母子健康手帳交付日 ※交付後に転入した場合は転入日	年　月　日
フリガナ												
妊産婦氏名											出　産　日 □ 出産前の場合は出産予定日 □ 出産前に転出した場合は転出日	年　月　日

私は、妊婦健康診査受診報告に伴い、相模原市長が健康診査受診内容を医療機関等に確認することを承諾します。
（申請者が自署した場合は、押印を省略できます。）

氏名　　印

補助券種（未使用分）	助成上限額	母子健康手帳に記載されている「受診日」および「妊娠週数」	市記入欄 認定助成金額
A票（母子健康手帳交付～妊娠15週6日）	18,000円	年　月　日（　週　日）	□ 18,000 円 □ 円
B票（妊娠16週～妊娠31週6日）	7,000円	年　月　日（　週　日）	□ 7,000 円 □ 円
C票（妊娠32週～分娩）	8,000円	年　月　日（　週　日）	□ 8,000 円 □ 円
D票1	4,000円	年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票2		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票3		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票4		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票5		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票6		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票7		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
D票8		年　月　日（　週　日）	□ 4,000 円 □ 円
E票1	5,000円	年　月　日（　週　日）	□ 5,000 円 □ 円
E票2		年　月　日（　週　日）	□ 5,000 円 □ 円
E票3		年　月　日（　週　日）	□ 5,000 円 □ 円
E票4		年　月　日（　週　日）	□ 5,000 円 □ 円
E票5		年　月　日（　週　日）	□ 5,000 円 □ 円
		助成額計	円

受付記入欄【添付書類】

□ 母子健康手帳の「妊娠中の経過」ページの写し　□ 使用できなかった補助券（3枚複写）

□ 領収書の原本　□ 領収書コピー（原本返却希望者のみ）　□ 明細書　□ 住所変更の申立書（転出者のみ）

受付	（ 緑 中 南 ）ｾﾝﾀｰ ・ こ家 ・ 〒
	担当者名