

大江町妊婦健康診査等費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

大 江 町 長 殿

下記について確認・同意の上、大江町妊婦健康診査等費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

○助成額決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、夫婦の納税状況等の関係書類を閲覧及び本申請内容について他の地方公共団体・医療機関への照会を行うことに同意します。

○以下の場合には本町からの助成金の支給対象になりません。また本町からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

1、申請者（妊産婦本人）

住所	大江町大字	電話番号	
フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
☐ 出産予定日	令和 年 月 日	母子健康手帳交付日・交付番号 令和 年 月 日 NO.	
☐ 出産日	令和 年 月 日		

2、請求する妊婦健康診査等費用

妊婦健康診査等の受診日	妊娠週数	医療機関名	自己負担額	※助成額	※母子健康手帳交付
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
合 計			円	円	

3、振込先（申請者名義のもの）

金融機関名	銀行 農協 信組 ゆうちょ銀行 本店・支店・支所		
口座番号		口座名義(カナ)	

注 1）太枠内を記入してください。 2）※欄は記入しないでください。

【添付書類の説明等を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】

【添付書類】

- (1) 母子健康手帳の写し
- (2) 産科医療機関で発行する領収書の原本及びその明細書（検査内容と金額が分かる書類）
- (3) 本人が加入している健康保険が確認できる書類
- (4) 申請者名義の通帳の写し
- (5) 本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

★確定申告で医療費控除を行う場合は、以下を必ずご確認ください。

支払った医療費のうち、今回の助成金の支給を受けた金額は、控除できません。

助成金を受け取った分を医療費から差し引いて、医療費控除額の計算を行ってください。

【担当者記入欄】

本人確認資料等	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 (No. _____) ☐ その他 (_____)	担当者	
---------	---	-----	--