

伊勢市産婦及び1か月児健康診査費助成申請書

(宛先) 伊勢市長

住所
申請者 氏名 ⑩
電話番号

伊勢市産婦及び1か月児健康診査費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、伊勢市が住所、受診状況等について関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が伊勢市からの照会に対し回答し、及び報告することに同意します。

			支払額	申請額	助成決定額
産婦健診	受診日①	年 月 日	円	円	円
	受診日②	年 月 日	円	円	円
	出産日	年 月 日	/		
1か月児健診	氏名	(続柄:)	円	円	円
	受診日	年 月 日			
	生年月日	年 月 日			
合 計			円	円	円

※助成は、1回の出産につき産婦健診2回、1か月児健康診査1回が限度となります。

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫 支店 農 協 支所	当座 ・ 普通		()
ゆうちょ銀行 店	普通 ・ 貯蓄		()

注 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

記

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者 住所
(申請者) 氏名 ⑩
受任者 住所
(口座名義人) 氏名 ⑩

記入例

申請は最終の健診受診日から6か月以内。
超える場合は、ご連絡ください。

様式第1号（第5条関係）

令和3年 5月30日

伊勢市産婦及び1か月児健康診査費助成申請書

(宛先) 伊勢市長

住所 伊勢市八日市場町13-1

産婦健診を受診された方
の氏名をご記入ください

申請者 氏名 伊勢 花子 (印)
電話番号 0596-27-2435

伊勢市産婦及び1か月児健康診査費助成金交付要綱第5条
医療機関に支払った産婦及び1か月児健診の処理のため
に、該当する金額のみをご記入ください。(保険対象金額やその他の治療分は対象外)

左記の医療機関に支払った金額と、助成額5,000円
を比較して金額の少ない方をご記入ください(産婦健診に該当する金額のみが対象)

		支払額	申請額	助成決定額	
産婦健診	受診日①	R3年 5月 1日	5,500円	5,000円	円
	受診日②	R3年 5月 15日	5,500円	5,000円	円
	出産日	R3年 4月 1日			記入しないでください。
1か月児健診	氏名	伊勢 健太 (続柄: 子)			
	受診日	R3年 5月 1日	4,500円	4,500円	円
	生年月日	R3年 4月 1日			
合計			15,500円	14,500円	円

※助成は、1回の出産につき産婦健診2回、1か月児健康診査1回が限度となります。

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
●▲ 銀行 信用金庫 農協	当座 ・ 普通	123456	(イセ タロウ) 伊勢 太郎
ゆうちょ銀行	普通 ・ 貯蓄		申請者(産婦健診受診者)の方以外の場合は、 下記に記入してください。

注 申請者(口座名義人)が異なる場合は、下記により委任してください。

記

申請者(口座名義人)を代理人として、助成金の受領を委任します。

住所 同上

氏名 伊勢 花子 (印)

(申請者)

住所 同上

受任者

氏名 伊勢 太郎 (印)

(口座名義人)

申請者(産婦健診受診者)の方
以外の場合は、こちらに記入し、
押印してください。

ゆうちょ銀行の方は、通帳を申請時に
必ずご持参ください。