

別記様式（第4条関係）

《記入不要》	受付番号		受付年月日	令和 年 月 日
	助成決定額	円	受付担当者	

松原市健康診査費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

松原市長 殿

申請者	住所	松原市		
	氏名	⑩		
	受診者との続柄		電話	

下記のとおり健康診査費用の助成を受けたいので申請・請求します。

健康診査の種類	妊婦健康診査 乳児健康診査（一般・後期）			
受診者	住所	松原市		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
振込先金融機関	銀行	本店		
	信用金庫	支店		
	農協			
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人	(カタカナで記入)		

※ 実際に支払った健康診査費用が助成の上限額を超えた場合は、上限額までしか助成（申請）できません。

※ 母子健康手帳交付時に交付しました妊婦健康診査受診券（兼結果通知票）・乳児一般健康診査受診票（兼結果通知票）又は乳児後期健康診査に係る受診票（この申請に係るものに限る。）は、必ずこの申請書に添えて返納してください。

委任状 私は、上記の口座名義人に助成額の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれる事をもって助成金を受領したものと認めます。

委任者（申請者） _____ ⑩

（申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも記入、押印してください）

例：夫が申請者となり、妻の口座に振り込む場合等に必要です。

裏面の医療機関等記入欄に本人負担額（領収額）の証明を受けてください。



《医療機関等記入欄》 ※領収書の場合は、市の内訳欄として使用
 下記を参照の上、ご記入ください。

妊婦健康診査

回	領 収 額	受 診 日	回	領 収 額	受 診 日
1	円	令和 年 月 日	8	円	令和 年 月 日
2	円	令和 年 月 日	9	円	令和 年 月 日
3	円	令和 年 月 日	10	円	令和 年 月 日
4	円	令和 年 月 日	11	円	令和 年 月 日
5	円	令和 年 月 日	12	円	令和 年 月 日
6	円	令和 年 月 日	13	円	令和 年 月 日
7	円	令和 年 月 日	14	円	令和 年 月 日

乳児一般健康診査	領 収 額 円	受 診 日 令和 年 月 日
乳児後期健康診査	領 収 額 円	受 診 日 令和 年 月 日

上記金額を健康診査による本人負担額として領収したことを証明します。

所在地 〒

医療機関名

代表者名

印

TEL () -

健康診査実施医療機関等へのお願い

この用紙は、松原市民が大阪府以外に所在する医療機関において妊婦・乳児健康診査を受診した際に、これに要した費用を助成するための申請用紙です。

受診者から用紙記入の依頼があった際には、お手数ですが、下記の点に御留意の上、上表の「医療機関等記入欄」に記入押印していただきますようお願いします。

- ① 健康診査の助成制度に係る費用の内訳は別添のとおりです。
- ② 「医療機関等記入欄」の領収額・受診日については、受診者が助成を求めている健康診査のみ御記入ください。
- ③ この助成については、健診の都度申請することもまとめて申請することも可能です。
- ④ この健診の結果、保健師・助産師に連絡すべき事項がある場合や、申請についての問い合わせについては、松原市地域保健課までお願いします。