

受付印

別紙様式

## 妊婦健康診査費用助成金支給及び助成券交付申請書

三田市長 あて

申請者氏名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

下記のとおり、妊婦健康診査について、助成金の支給に代えて妊婦健康診査助成券の発行を申請します。なお、三田市妊婦健康診査助成事業手続きのため、医療機関が三田市へ受診結果の報告をすること及び三田市が医療機関へ受診結果の問合せをすることを承諾します。

申請年月日	年 月 日	助成券受取印 (妊婦自身の印)	①
(フリガナ)		妊 婦 生	年 月 日
妊 婦 氏 名	② ※氏名変更予定のある方は、新氏名 [ _____ ]	昭和 平成	・
妊 婦 住 所	〒669- 三田市	電話 ( ) 携帯 ( )	
出 産 予 定 日	年 月 日		
今回の妊娠中に三田市 外から転入された方	年 月 日	転入 ( )	市区町村より)
受診予定医療機関 ※受診予定の医療機関が2 か所ある場合は、どちらも 記載してください。	①医療機関名【 _____ 】 所在地：( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
	②医療機関名【 _____ 】 所在地：( ) 都道府県 ( ) 市区町村		

※ 太枠内にもみ記入してください。

※ 兵庫県協力医療機関（助産所）以外での妊婦健康診査受診については、助成券が使用できません。  
その場合は受診後に、妊婦健康診査助成金申請書及び請求書により償還払い申請をしてください。

<職員記載欄>

助成券交付	該当・非該当（理由：）		
発行番号	—	転入前の受診： _____ 回	※確認書類：母子健康手帳・その他（ _____ ）
母子健康手帳	交付日	三田市の助成	
	年 月 日	_____ 回	5,000 円 × _____ 枚
	交付番号	( _____ 円)	1,000 円 × _____ 枚
	—		
※申請者が妊婦でない場 合の確認	マイナンバーカード・運転免許証・写真付社員証・被保険者証・診察券 銀行等のキャッシュカード・クレジットカード・その他( _____ )		