受給番号

妊婦健康診査費　助成申請書

受付印

川西市長　あて
次のとおり、妊婦健康診査費の助成を申請します。

申請年月日	年　月　日		
氏名 (妊婦)		生年月日	年　月　日
住所	〒（　—　） 川西市	出産予定日	年　月　日

妊婦健康診査受診予定医療機関	※複数の医療機関にまたがって受診する場合は、全て記入して下さい
医療機関名【　】 ■所在地 （　）都道府県（　）市区町村	医療機関名【　】 ■所在地 （　）都道府県（　）市区町村

≪　個人情報の使用について　≫
今回ご記入いただきました個人情報は、妊婦健康診査費助成事業の実施のために使用いたします。
それ以外の目的には、一切使用いたしません。

≪　注意事項　≫
助成申請届出者の本人確認をさせていただきます。

助成申請届出者氏名（自署）　　続柄

≪　注意事項　≫
・妊婦本人以外の方が申請する場合は、受任者の本人確認をさせていただきます。

委　任　状

令和　　年　　月　　日

〈委任者〉 氏名（妊婦自署）

私は、妊婦健康診査費助成申請に関する権限を下記の者に委任します。

〈受任者〉 住所

氏名　　妊婦との続柄

＊委任者の署名については、記名押印でも可とします

※以下は記入しないでください

妊婦健康診査費助成方法（ 助成券・補助券 ・ 償還 / 14回 ・ 9回 / W ）				事務処理者	
□ 助成券後日発送: 発送日（　年　月　日） 住定日:　年　月　日（　W）				発送者	
妊婦本人確認	個・免・保・他	届出者本人確認	個・免・保・他	妊娠届日（異なる場合）	年　月　日