

第1号様式（第4条関係）

妊婦・産婦・乳児健康診査県外受診助成金交付申請書

年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者 〒488-

住 所

氏 名

電話番号

下記の通り妊婦・産婦・乳児健康診査助成金の交付を申請します。

記

受診者名	フリガナ		生年月日	
	妊産婦氏名		昭和・平成 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	
	乳児氏名		平成・令和 年 月 日	
(乳児のみの場合は) 保護者氏名				
助成申請金額			円	
健診詳細	<input type="checkbox"/> 妊婦 第1回	円	<input type="checkbox"/> 妊婦 第11回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第2回	円	<input type="checkbox"/> 妊婦 第12回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第3回	円	<input type="checkbox"/> 妊婦 第13回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第4回	円	<input type="checkbox"/> 妊婦 第14回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第5回	円	<input type="checkbox"/> 妊婦 子宮がん	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第6回	円	<input type="checkbox"/> 産婦	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第7回	円	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第8回	円	<input type="checkbox"/> 乳児 第1回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第9回	円	<input type="checkbox"/> 乳児 第2回	円
	<input type="checkbox"/> 妊婦 第10回	円		
	出産（予定）日			年 月 日
受診医療機関 (住所・名称・電話番号)				

- ※添付書類 ①妊婦・産婦・乳児健康診査結果報告書（受診票裏面）
②健康診査費用のわかる領収書（原本）（レシートは不可）

※下欄は記入しないでください。

決 裁			
主幹	課長 補佐	係長	係
		補佐兼務	
上記内容を確認の結果、			
<input type="checkbox"/> 助成する <input type="checkbox"/> 助成しない			
がよろしいか。			
決定通知書の交付の日付及び番号			健 第 号
			年 月 日