

(第2号様式)

大和市妊婦健康診査費用助成申請書

こども部 すくすく子育て課

妊婦健康診査費用 補助券 (該当する回に ○印)	医療機関専用券	1 【 19,000円券 】	2 【 16,000円券 】
	4,000円券	3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17 ____回分	
妊婦健康診査 受診券 (該当する回に ○印)	1 基本健診・初期血液検査用【19,000円】		
	2・3 基本健診・血液検査・その他検査用【10,000円】		
	基本健診・その他検査用【4,000円】	4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17 ____回分	
対象者	フリガナ		生 年 日 月 日 年 月 日
	氏 名		
健診年月日	年 月 日		
医療機関名 及び所在地	別紙領収書のとおり		
申請理由	県外受診 助産所 助成額未満 その他 ()		
支給 申請額	円		
<p>大和市長 あて 年 月 日</p> <p>上記のとおり、妊婦健康診査費用の助成を申請します。</p> <p>住所 〒 -</p> <p>申請及び請求者 氏名</p> <p>電話 ()</p>			

●大和市処理欄

受理日	年 月 日	受付者	
来所者	本人 ・ 配偶者 ・ 郵送 ・ その他 ()		
訂正箇所	訂正 確認日	相手方 氏名	訂正箇所

担当	係長	課長

R8.4改