

(第2号様式)

大和市妊婦健康診査費用助成申請書

□ 部分を記入してください

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)	記入しないでください		
	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	妊婦本人		生 年 日	年 月 日
	氏 名			年 月 日	年 月 日

健診年月日	年 月 日
医療機関名 及び所在地	記入しないでください
申請理由	別紙領収書のとおり 県外受診 助産所 助成額未済 その他 ()
支給 申請額	円

大和市長 あて _____ 年 月 日

上記のとおり、妊婦健康診査費用の助成を申請します。

↑ 申請日を記入

住所 〒 _____

申請及び請求者 氏名 **妊婦本人の住所、氏名、
電話番号を記入**

電話 () _____

●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	訂正 確認日	相手方 氏名	訂正箇所
	記入しないでください		
			対応 職員名

担当	係長	課長