

(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 補助券 (該当する回に ○印)	医療機関専用券	1 【 10,000円券 ・ 19,000円券 】			
		2 【 10,000円券 ・ 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			
対象者	フリガナ			生年日 月 年 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 助産院 補助券額未満 その他（ ）			
支給 申請額		円			
大和市長 あて年 月 日 上記のとおり、妊婦健康診査費の助成を申請します。 住所 〒 申請及び請求者氏名 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（ ）			
訂正箇所	訂正 確認日	相手方 氏名	訂正箇所	対応 職員名

担当	係長	課長