

(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 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 記入しないでください
	4,000円券	3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14 ____回分

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	妊婦さん本人		

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 記入しないでください 補助券額未達 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。 **◎申請日を記入**

住所 〒242-

申請及び請求者 氏名 **◎妊婦さんの住所、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 ()		
訂正箇所	訂正 確認日	相手方 氏名	訂正箇所

記入しないでください

担当	係長	課長