

# 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

**部分**を記入してください

妊婦健康診査費 補助券 (該当する回に ○印)	10,000円券	①・②	____回分
	4,000円券	3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14	____回分

**記入しないでください**

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 補助券額未滿 その他 ( )
支給 申請額	円

**記入しないでください**

大和市長 あて

年 月 日

**◎申請日を記入**

上記のとおり、妊婦健康診査費の助成を申請します。

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