

八潮市妊産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 八潮市長

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

八潮市妊産婦健康診査助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。
なお、私は、この申請に基づく助成金の交付にあたり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳交付日	年 月 日	母子健康手帳番号	番
受診医療機関	名 称		
	住 所		
	電話番号		
出産日	年 月 日		

	助成券	受 診 日	支 払 額	委 託 料 相 当 額	備 考
妊婦健診	① 助成券	年 月 日		円	
	② 助成券	年 月 日		円	
	③ 助成券	年 月 日		円	
	④ 助成券	年 月 日		円	
	⑤ 助成券	年 月 日		円	
	⑥ 助成券	年 月 日		円	
	⑦ 助成券	年 月 日		円	
	⑧ 助成券	年 月 日		円	
	⑨ 助成券	年 月 日		円	
	⑩ 助成券	年 月 日		円	
	⑪ 助成券	年 月 日		円	
	⑫ 助成券	年 月 日		円	
	⑬ 助成券	年 月 日		円	
	⑭ 助成券	年 月 日		円	
	子宮頸がん検診	年 月 日		円	
	HIV抗体検査	年 月 日		円	
	HTLV-1抗体検査	年 月 日		円	
	性器クラミジア検査	年 月 日		円	
産婦健診	年 月 日		円		

添付書類 (1) 医療機関等で受診した際の受診日、診察結果及び検査結果が記載された助成券
(当該助成券に検査結果の記載がない場合は、検査項目及び当該検査結果が確認できる書類)

(2) 受診した医療機関が発行した領収書の写しその他の健康診査の受診の際に負担した費用の額を確認することができる書類

提示書類 (1) 母子健康手帳