

令和 年 月 日

東大和市妊婦健康診査費助成金支給申請書

東大和市長 殿

申請者住所 東大和市

氏 名

続 柄

下記の理由により、妊婦健康診査費助成金の支給を受けたいので関係書類を添え申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
住 所	東大和市						
	電話						
申 請 理 由	1 里帰り出産のため受診票未使用 2 助産所での妊婦健康診査のため受診票未使用 3 その他			予定日	令和	年	月 日
				出産日	令和	年	月 日
母子手帳発行 区市町村名	東京都	発行日	令和	年	月	日	発行番号
妊婦健康診査回数	受診日	申請額	妊婦健康診査回数	受診日	申請額		
1回目(妊娠 週)		円	11回目(妊娠 週)		円		
2回目(妊娠 週)		円	12回目(妊娠 週)		円		
3回目(妊娠 週)		円	13回目(妊娠 週)		円		
4回目(妊娠 週)		円	14回目(妊娠 週)		円		
5回目(妊娠 週)		円	超音波検査1回目		円		
6回目(妊娠 週)		円	超音波検査2回目		円		
7回目(妊娠 週)		円	超音波検査3回目		円		
8回目(妊娠 週)		円	超音波検査4回目		円		
9回目(妊娠 週)		円	子宮頸がん検査		円		
10回目(妊娠 週)		円	合 計		円		
市処 理欄	母子手帳確認	領収書	未使用受診票	決定番号・決定通知日	その他		

※以下の書類を添えて申請してください。

1.母子健康手帳

- 手帳の交付日が確認できる表紙の写し
- 妊婦健康診査の受診(回数)状況が確認できる、妊娠経過が記載されているページの写し
- 出産の状態欄のページの写し

2.未使用の妊婦健康診査受診票

3.対象の妊婦健康診査に要した額が確認できる領収書の写し

