

八王子市妊婦健康診査費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

〒 ー



申請者居住地

(妊産婦) フリガナ
氏名

下記のとおり、妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、申請します。

代理人の場合

(太枠内をご記入ください。)

氏名
(妊産婦との続柄)

出産日(転出日) 平成 年 月 日

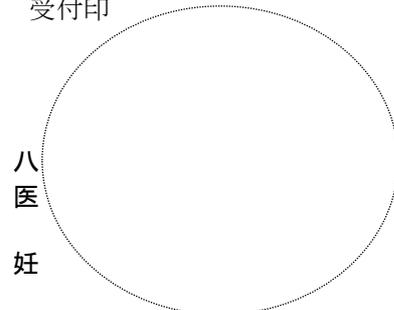
妊産婦の 昭和 年 月 日 年齢 歳
生年月日 平成

Table with 8 columns: 受診回数, 受診日, 領収額, 助成金額(市使用欄), 受診回数, 受診日, 領収額, 助成金額(市使用欄). Rows 1-10 for visits, 11-14 for specific treatments (子宮頸がん, 超音波), and a final row for the total amount.

《申請時の持ち物》

- (1) 未使用の妊婦健康診査受診票、超音波検査受診票及び、子宮頸がん検診受診票
(2) 医療機関若しくは助産所が発行した受診の際の領収書
(3) 母子健康手帳(領収書の日付と同日の健診月日が記載されているもの)
(4) 金融機関の預金通帳(支払口座確認のため)
(5) 印鑑(浸透印・スタンプ印は使用できません。)

受付印



八
医
妊

事務処理欄: 本件について、別紙のとおり決定し、通知してよろしいか。 Includes fields for 起案, 決裁, 保存, 館長, 主査, 主任, 担当, 公印管守者, 文書審査, 文書取扱主任, 起案者, and checkboxes for document usage.