

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

出産日(転出日) 平成 年 月 日

(妊産婦との続柄)

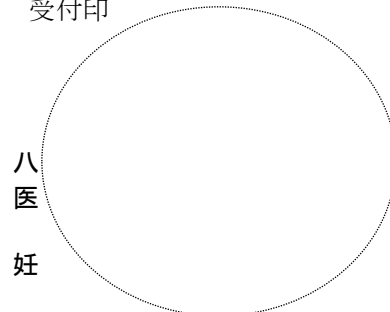
妊産婦の 昭和 年 月 日 年齢 歳
生年月日 平成 年 月 日

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 individual visits, and a summary row for 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。 起案 令和 年 月 日 決裁 令和 年 月 日 保存 5年 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 1部 受付保健福祉センター 住民基本台帳確認済(転入確定日) 妊婦子宮頸がん検診受診票の使用 あり・なし 大横 東浅川 南大沢 昭・平・令 年 月 日 妊婦超音波検査受診票の使用 あり・なし