

小平市長 殿

小平市里帰り等妊婦健康診査費助成金交付申請書

申請者

住 所

氏 名

電話番号 ( )

小平市里帰り等妊婦健康診査費助成金交付要綱第6条の規定により、里帰り等妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

受診回数	受診年月日	医療機関又は助産所の名称	受診地 (都道府県名)	負担費用額
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
回目	年 月 日			円
超音波検査(1)	年 月 日			円
超音波検査(2)	年 月 日			円
超音波検査(3)	年 月 日			円
超音波検査(4)	年 月 日			円
子宮頸がん検診	年 月 日			円

(添付書類)

- 1 使用しなかった妊婦健康診査受診票
- 2 里帰り妊婦健康診査を受診した医療機関又は助産所の発行した領収書
- 3 母子健康手帳の里帰り等妊婦健康診査及び妊婦健康診査の受診記録が記載されている部分の写し
- 4 その他 ( )

この申請の内容について、小平市が医療機関又は助産所に確認することに同意します。

氏 名 (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。