

様式第1号（第5条関係）

妊婦健康診査費助成券交付申請書

※太枠の中を記入してください。

ふりがな				生年月日	年 月 日
妊婦氏名					
出産予定日	年 月 日				
医療機関名					
単胎、多胎の別	単胎 ・ 多胎 (いずれかに○)				
助成券交付枚数 (転入者のみ)	10,000円券	5,000円券	1,000円券	3,500円券 (子宮頸がん検診)	
	枚	枚	枚	枚	
<p>上記のとおり妊婦健康診査費助成券の交付を受けたいので、たつの市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>たつの市長 様</p> <p>申請者 住所 たつの市 _____</p> <p>氏名 _____</p>					

受付者記入欄

助成券交付年月日	年 月 日	助成券交付番号	No.
転入日	年 月 日	転入日における 妊娠週数	週