

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			
妊婦氏名		生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日		
医療機関名			
助成券交付枚数 (転入者のみ)	20,000円券	10,000円券	5,000円券
	枚	枚	枚
	1,500円券	1,000円券	3,500円券 (子宮頸がん検診)
	枚	枚	枚
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。			
年 月 日			
たつの市長 様			
申請者 住 所 たつの市			
氏 名			

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