

年 月 日

小平市長 殿

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等助成金交付申請書

小平市里帰り等妊婦健康診査費等助成金交付要綱第6条の規定により、里帰り等妊婦健康診査費等の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)	領収額	助成金額
里帰り等妊婦健康診査	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
多胎妊婦健康診査	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
超音波検査	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
	回目				円	円
子宮頸がん検査					円	円

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。

(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等を受診した医療機関又は助産所の発行した領収書
- 3 母子健康手帳の写し（表紙、出生届出済証明を貼るページ、妊婦健康診査などの受診記録が記載されているページ）