

函南町妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

函南町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号



函南町妊婦健康診査費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 妊婦氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
妊婦住所	函南町		受診券交付日 年 月 日 交付番号 ( ) 子どもの誕生日、又は出産予定日 年 月 日
実施健診・検査内容実施月日 (該当のものを○で囲み実施日を記入してください。)	一 般 健 診		超 音 波 検 査
	・ 初 回 ( 年 月 日)		・ 第1回 ( 年 月 日)
	・ 第2回 ( 年 月 日)		・ 第2回 ( 年 月 日)
	・ 第3回 ( 年 月 日)		・ 第3回 ( 年 月 日)
	・ 第4回 ( 年 月 日)		・ 第4回 ( 年 月 日)
	・ 第5回 ( 年 月 日)		血 液 検 査
	・ 第6回 ( 年 月 日)		検査実施日 年 月 日
	・ 第7回 ( 年 月 日)		血算検査
	・ 第8回 ( 年 月 日)		検査実施日 年 月 日
	・ 第9回 ( 年 月 日)		G B S 検 査
	・ 第10回 ( 年 月 日)		検査実施日 年 月 日
	・ 第11回 ( 年 月 日)		*超音波検査、血液検査、血算検査、G B S 検査ともに決められた一般健診と同時日でなければならない。
	・ 第12回 ( 年 月 日)		
	・ 第13回 ( 年 月 日)		
・ 第14回 ( 年 月 日)			
実施医療機関名			

※助産所では、第3回及び5回～14回の一般健診のみ実施可。

- (添付書類)
- 1 該当妊婦健康診査の未使用の受診券
  - 2 妊婦健康診査を実施した医療機関または助産所発行の領収書の写し
  - 3 母子手帳

※以下は記入不要です

助成金交付決定額	
承認決定年月日	年 月 日

保健センター受付印