

函南町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所：函南町
氏 名：
電話番号：

函南町多胎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。)	多胎妊婦健康診査		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1回 (年 月 日) ・ 第2回 (年 月 日) ・ 第3回 (年 月 日) ・ 第4回 (年 月 日) ・ 第5回 (年 月 日) 		
実施医療機関名			

(添付書類)

- 1 該当多胎妊婦健康診査の未使用の受診券
- 2 多胎妊婦健康診査を実施した医療機関又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