

函南町妊産婦及び乳児健康診査等費用助成金交付申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

函南町妊産婦及び乳児健康診査等費用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) 妊産婦氏名			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
妊産婦住所		函南町	受診券交付日 年 月 日 交付番号 () 子どもの出生日又は出産予定日 子の氏名 (年 月 日) ()		
健診・検査実施年月日	妊婦健康診査			産婦健康診査	
	(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)			血液検査 (年 月 日)	
	第7回 (年 月 日)			血算検査 (年 月 日)	
	第8回 (年 月 日)			GBS検査 (年 月 日)	
	第9回 (年 月 日)			*超音波検査、血液検査、血算検査、GBS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10回 (年 月 日)				
	第11回 (年 月 日)				
	第12回 (年 月 日)			多胎妊婦健康診査	
	第13回 (年 月 日)			第1回 (年 月 日)	
	第14回 (年 月 日)			第2回 (年 月 日)	
第15回 (年 月 日)			第3回 (年 月 日)		
第16回 (年 月 日)			第4回 (年 月 日)		
※助産所では、第3回及び5回～16回の一般健診のみ実施可。			第5回 (年 月 日)		
実施医療機関名					

- (添付書類) 1 該当健康診査等の受診券・健康診査表(結果記入済みのもの)
2 健康診査等を実施した医療機関または助産所発行の領収書・診療明細書の写し
3 母子健康手帳

※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

健康づくり課受付印