

第1号様式（第9条関係）

伊奈町妊婦健康診査助成金交付申請書

※未記入でお願い  
します

年 月 日

伊奈町長 様

住 所 **伊奈町小室5161**

フリガナ  
申請者（妊産婦） **イナ マチコ**

押印



電 話 **048-720-5000**

妊婦健康診査を受診しましたので、伊奈町妊婦健康診査実施要綱第9条第2項の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

交付申請金額

金

円

※未記入でお願いしま

貼らずにお持ちください

※注意事項 この申請書には必ず別紙及び領収書等を添付してください。

※ 別紙は裏面をご覧ください

別 紙

妊産婦の氏名	伊奈 町子	出産年月日	〇〇年〇月〇日
母子健康手帳の交付日	H〇年〇月〇日	母子健康手帳 No.	〇〇
受診した医療機関の名称	〇〇〇産婦人科		
受診した医療機関の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇—〇		
回数	妊婦健康診査の受診日	妊婦健康診査の受診日	
1		11	
2		12	
3	<b>※未記入でお願いします</b>		
4			
5			
6			
7		超音波	
8			
9			
10			

母子手帳の表紙に記載があります。

注1 申請書には次に掲げる書類を添付してください。


- (1) 受診した検査項目を確認することのできる書類  
(検査結果の記載された受診票、母子手帳の写しなど)
- (2) 健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類  
(受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記された領収書、レシートなど)

注2 この申請書を提出する際には、母子健康手帳を持参してください。

注3 助成金の交付の申請は、速やかに提出してください。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付の決定にあたり確認等が必要な場合には、町が、受診した医療機関に問合せすることに同意します。

<b>※未記入でお願いします</b>	署 名 欄
	年 月 日
	氏名 伊奈 町子(自筆)



**押印**