

様式第4号（第9条関係）

妊婦健康診査料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）筑紫野市長

住所

氏名

印

妊婦健康診査料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筑紫野市妊婦健康診査実施規則第9条の規定により申請します。

記

1 氏 名

生年月日 年 月 日 () 歳

住 所 筑紫野市

2 健康診査の種類と受診日

基本健診・妊娠初期血液検査 受診日 (年 月 日)	基本健診・超音波・貧血・血糖検査 受診日 (年 月 日)	基本健診・貧血検査 受診日 (年 月 日)
基本健診・超音波検査 受診日 (年 月 日)	基本健診・性器クラミジア検査 受診日 (年 月 日)	基本健診・B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査 受診日 (年 月 日)
基本健診 1回目 受診日 (年 月 日) 2回目 受診日 (年 月 日) 3回目 受診日 (年 月 日) 4回目 受診日 (年 月 日)		5回目 受診日 (年 月 日) 6回目 受診日 (年 月 日) 7回目 受診日 (年 月 日) 8回目 受診日 (年 月 日)

※関係書類

- ・指定外医療機関等が発行する妊婦健康診査に係る領収書
- ・妊婦健康診査補助券