

様式第1号(第6条関係)

春日部市妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

住所 春日部市

〒

申請者(妊婦)

印

電話番号

— —

健康診査を受診しましたので、春日部市妊婦健康診査助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

妊産婦の氏名		出産年月日	年	月	日
母子健康手帳の交付日	年	月	日	母子健康手帳 No.	
受診した医療機関の名称					
受診した医療機関の所在地					
健診区分	妊婦健診受診日	(期間)週	健診区分	妊婦健診受診日	(期間)週
妊婦健康診査1	年 月 日		H I V	年 月 日	
妊婦健康診査2	年 月 日		子宮頸がん	年 月 日	
妊婦健康診査3	年 月 日		HTLV-1	年 月 日	
妊婦健康診査4	年 月 日		性器クラミジア	年 月 日	
妊婦健康診査5	年 月 日				
妊婦健康診査6	年 月 日				
妊婦健康診査7	年 月 日				
妊婦健康診査8	年 月 日				
妊婦健康診査9	年 月 日				
妊婦健康診査10	年 月 日				
妊婦健康診査11	年 月 日				
妊婦健康診査12	年 月 日				
妊婦健康診査13	年 月 日				
妊婦健康診査14	年 月 日				

(注1) 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- ① 未使用の助成券
- ② 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助成券、母子健康手帳の写しなど)
- ③ 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の写し、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、印鑑、本人確認できるものを持参してください。

(注3) 助成金の交付の申請は、出産の日から起算して1年以内に行ってください。