

別記

様式（第9条関係）

酒々井町妊婦等健康診査等費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

申請者	住所	〒 -			
	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日	
	電話番号		受診者 との続柄	妊産婦 乳児	

健診診査等費用に係る助成金の支給を受けたいので、酒々井町妊婦等健康診査等に関する要綱第9条第3項の規定により下記のとおり申請いたします。

記

母子健康手帳交付日	年 月 日	交付番号	番
-----------	-------	------	---

◆妊婦及び産婦健康診査受診者					
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	ふりがな 氏名				
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	住所	〒 -			
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日			
妊婦健康診査受診票該当回（該当する回に○をしてください。）					
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14					合計 回
産婦健康診査受診票該当回（該当する箇所に○をしてください。）					
おおむね2週間			おおむね1か月		合計 回
◆乳児一般健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査、1か月児健康診査受診者					
受診者	ふりがな 氏名			生年 月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 -			
次の該当する項目を記入してください。					
乳児一般 健康診査	3～6か月	受診日	年 月 日	検査費用	円
	9～11か月	受診日	年 月 日	検査費用	円
新生児 聴覚検査	受診日		年 月 日	検査費用	円
1か月児 健康診査	受診日		年 月 日	検査費用	円

※裏面の記入もお願いします。

