

# 大崎市妊婦健康診査助成金交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）大崎市 市長  
（健康推進課扱い）

申請者 氏名  
電話  
妊婦との続柄

私は、大崎市妊婦健康診査実施要綱第9条の規定により、助成金の交付を申請します。  
大崎市妊婦健康診査助成金交付の決定のため、私の世帯の住民登録資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

妊婦	郵便番号	—	電話番号	—
	現住所			
	フリガナ			
	氏名	旧姓（ ）		
	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳別冊番号	
委託医療機関等以外妊婦健康診査実施医療機関名				
医療機関所在地		電話		
健診受診年月日		健診時の妊娠週数	妊婦健診支払額	助成金申請額
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
年 月 日		週	円	円
健診回数		回	助成金申請合計額	円

\* 黒い太枠の中をご記入ください。助成申請額は申請の際にご記入いただきます。

- 添付書類または確認事項
- 母子健康手帳の写し
  - 医療機関が発行する領収書・明細書の写し
  - 通帳の写し