

# 大崎市妊婦健康診査助成金交付申請書（窓口用見本）

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 **大崎ハナコ（妊婦ご本氏名）**  
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	大崎市●●●●丁目●-●●		
	フリガナ	オオサキ ハナコ		
	氏名	大崎 ハナコ		旧姓（ ●● ）
	出産予定日	H●●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		●●病院		
医療機関所在地		●●県●●市●●●●-●-●● 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
H●●年●●月●●日		●●週	●●●●円	●●●●円
H●●年●●月●●日		●●週	●●●●円	●●●●円
H●●年●●月●●日		●●週	●●●●円	●●●●円
H●●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

妊婦健診領収書の金額を記入してください。

申請者が記入された妊婦健診支払額をそのまま記入してもらってください。

\* 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