

(郵送申請用)

伊丹市産婦健康診査費助成券交付申請書

伊丹市長様

伊丹市産婦健康診査費助成事業要綱の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

太枠内をご記入ください

助成券発行番号【 】		申請年月日	年 月 日
住 所	〒664－ 電話（ ） 伊丹市		
ふりがな		生年月日	年 月 日 （ ）歳
妊婦又は産婦 氏名			
出産(予定)日	年 月 日	分娩(予定) 医療機関	

※ 別紙の伊丹市産婦健康診査費助成制度について説明を受け、助成券を受け取りました。
また、審査のため伊丹市が申請者の公簿を閲覧すること並びに産婦健康診査の受診結果によっては産後ケア事業や訪問指導等に関する説明を受けることに同意します。

妊婦又は産婦との続柄

署名 _____ ()

助成券交付 担当者	