

(郵送申請用)

妊婦健康診査費助成券申請書

伊丹市長様

下記のとおり妊婦健康診査について助成金の支給を申請します。
助成金の支給に代えて妊婦健康診査助成券の交付を申請します。

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- 伊丹市 電話 () | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 ()歳 |
| 妊婦氏名 | | | |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 妊婦健診を受 ける医療機関 | |

職員記入欄

妊婦健康診査費助成券の説明を電話にて実施。

令和 年 月 日 電話説明者

※職員記入欄

| | | | |
|-----------|-----|-------|--------------|
| 転入の 場合 | 転入日 | 年 月 日 | 助成券交付 担当者 |
| | 週数 | 週 | |