

第2号様式（第8条関係）

綾瀬市妊婦健康診査助成申請書

年 月 日

(宛先)
綾 瀬 市 長

住 所 綾瀬市
申請者 氏 名
電話番号 ()

綾瀬市妊婦健康診査助成金交付要綱第8条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務にあたり、住民基本台帳を確認すること、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

対象者氏名	ふりがな						
	氏名	生年月日 年 月 日生					
	住所	綾瀬市					
受診券番号				出産予定日			
申請理由	1 委託外医療機関・助産院で受診したため。 理由： ☐ 里帰り ☐ その他 ()						
	2 妊婦健康診査費用が受診券記載金額未満であったため。						
	3 その他 []						
医療機関名				所在地 電話番号 ()			
受診券種類	受診日	受診費用	※助成金額	受診券種類	受診日	受診費用	※助成金額
受診券①				受診券⑧			
受診券②				受診券⑨			
受診券③				受診券⑩			
受診券④				受診券⑪			
受診券⑤				受診券⑫			
受診券⑥				受診券⑬			
受診券⑦				受診券⑭			
受診費用合計額							
助成金申請額							