

様式第1号（第7条関係）

産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市産婦健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり、産婦健康診査費の助成を申請します。

なお、産婦健康診査費助成審査に当たり、医療機関等が市長へ健診結果の報告をすること及び市長が医療機関等へ健診結果の照会を行うことを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日
	氏名	(自署されない場合は記名押印してください。)	年 月 日
	住所	〒 朝来市  電話 ( )	
検査予定 医療機関等	医療機関等名 [ ] 所在地 ( 都道府県 市町村)		
申請受理年月日	年 月 日	発行番号	朝産 —

備考

- 1 太枠内のみ記入してください。
- 2 委託医療機関以外で産婦健康診査を受けた場合は、助成券を使用できません。  
その場合には、健診を受けた後に産婦健康診査費助成金の償還払に係る請求書（様式第4号）により償還払を申請してください。

<担当課記入欄>

決定日	年 月 日 助成 ・ 却下
助成券交付	手渡し ・ 郵送



