

様式第1号（第6条関係）

妊婦及び産婦健康診査等費用助成金交付申請書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市妊婦及び産婦健康診査等費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり妊婦健康診査等費用及び産婦健康診査費の交付を申請します。

なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

- ・医療機関等が市長へ受診結果の報告をすること及び市長が医療機関等へ受診結果の照会を行うこと。
- ・市が住民基本台帳による世帯員の市町村民税の課税状況の確認をすること。

ふりがな		生年月日
受診者氏名	(自署されない場合は記名押印してください) ※氏名変更の予定のある方は、新氏名 []	年 月 日
現住所	〒 電話 ()	
出産予定日	年 月 日	
世帯主氏名	(自署されない場合は記名押印してください。)	
※今回の妊娠中に転出入のあった方	年 月 日 転入 市町村から	
	年 月 日 転出 市町村へ 朝来市在住時の住所：朝来市	
助成申請	<input type="checkbox"/> 妊婦健診等	<input type="checkbox"/> 産婦健診
受診予定医療機関	医療機関等名 [] 所在地 (都道府県 市町村)	医療機関等名 [] 所在地 (都道府県 市町村)
発行番号	朝妊 —	朝産 —

注意

- 1 太枠内のみ記入してください。
- 2 委託医療機関以外で妊婦健診等及び産婦健診を受けた場合は、助成券を使用できません。その場合には受診後に妊婦及び産婦健康診査等費用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

受付印