

様式第 1 号（第 3 条関係）

羽生市妊婦健康診査等助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先)

羽生市長

住 所
氏 名
電話番号

助成金の交付を受けたいので、羽生市妊婦健康診査等助成金交付要綱第 3 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関に市が問い合わせることに同意します。

母子手帳の交付日	年 月 日	母子健康手帳 No.	
受診した医療機関等	名 称		
	住 所		
	電話番号		

助成券	支払額	基準額	備考
妊婦健康診査助成券①	円	円	
妊婦健康診査助成券②	円	円	
妊婦健康診査助成券③	円	円	
妊婦健康診査助成券④	円	円	
妊婦健康診査助成券⑤	円	円	
妊婦健康診査助成券⑥	円	円	
妊婦健康診査助成券⑦	円	円	
妊婦健康診査助成券⑧	円	円	
妊婦健康診査助成券⑨	円	円	
妊婦健康診査助成券⑩	円	円	
妊婦健康診査助成券⑪	円	円	
妊婦健康診査助成券⑫	円	円	
妊婦健康診査助成券⑬	円	円	
妊婦健康診査助成券⑭	円	円	
妊婦健康診査H I V抗体検査助成券	円	円	
妊婦健康診査子宮頸がん検診助成券	円	円	
妊婦健康診査H T L V－ 1抗体検査助成券	円	円	
妊婦健康診査性器クラミジア検査助成券	円	円	
新生児聴覚スクリーニング検査助成券	円	円	
産婦健康診査助成券①	円	円	
産婦健康診査助成券②	円	円	

