

様式第1号(第5条関係)

妊産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

久喜市妊産婦健康診査助成金交付要綱第5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当たり、確認等が必要な場合には、受診した医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日	年 月 日	
受診した医療機関等	名称	
	住所	
	電話番号	

添付書類

- (1) 医療機関等で受診した結果その他必要事項が記載された受診票等
- (2) 受診した医療機関等が発行した領収書の写しその他妊産婦健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類

提示書類

- (1) 母子健康手帳

## 別紙

受診票等	受診日	自己負担額	基準額	備考
①	年 月 日	円	円	
②	年 月 日	円	円	
③	年 月 日	円	円	
④	年 月 日	円	円	
⑤	年 月 日	円	円	
⑥	年 月 日	円	円	
⑦	年 月 日	円	円	
⑧	年 月 日	円	円	
⑨	年 月 日	円	円	
⑩	年 月 日	円	円	
⑪	年 月 日	円	円	
⑫	年 月 日	円	円	
⑬	年 月 日	円	円	
⑭	年 月 日	円	円	
子宮頸がん検診	年 月 日	円	円	
H I V抗体検査	年 月 日	円	円	
ヒト白血病ウイルス 1型 (H T L V - 1) 抗体検査	年 月 日	円	円	
性器クラミジア検査	年 月 日	円	円	
産婦健康診査	年 月 日	円	円	