茅ヶ崎市妊産婦健康診査費用補助金交付申請書						
			年	月	日	
(あて生):	茅ヶ崎市長		1	74	П	
(0) ()[)	グ/ / Mil 1 1 1 1 1 1 1 1 1 	Δ. Γ				
		住所				
		氏 名	印※(妊	産婦との続柄:)	
		※本人確認書類を提示すること	で、押印を省町	各することがで	きます。	
電話番号						
妊産婦健康診査費用の補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。						
妊産婦氏名		母子健康手帳番号				
妊産婦健康診査を		 年 月 日から ^左	L F 月	 日まで		
受けた期間	本				£/r-	
妊婦健康診 年		交付申請金額 円	医	景機関等の名詞	炒	
 年	<u>月 日</u> 月 日	円 円				
年	月 日	円				
年	月日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
年	月日	円				
年	月日	円				
<u></u> 年 年	月 月 日	円 III				
<u>————————————————————————————————————</u>	<u>月 日</u> 月 日	円 円				
年 年	<u>万 日</u> 月 日	円 円				
年	月日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
年	月 日	円				
小	計	円				
産婦健康診査受診日		交付申請金額	医猩	寮機関等の名詞	称	
年	月日	円				
年	月日	円				
小	計 	円				
合	計	件			円	
1健診実施医療機関以外の妊産婦健康診査申請の理由2補助券の額面未満の妊産婦健康診査3その他(
申請受付番号()						
	【本人確認書			対体	立職員	
担当課記入欄	□運転免許	□運転免許証(経歴) □個人番号カード □パスポート □在留カード(特)				
	□障害者手□後期高齢	帳 □健康保険証 □介護保険被保険者証 者医療被保険者証 □身分証 □その他()		