第１号様式（第９条関係）

茅ヶ崎市妊産婦健康診査費用補助金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）茅ヶ崎市長

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、押印を省略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	
妊産婦健康診査を受けた期間	年　月　日から　年　月　日まで		

妊婦健康診査受診日	交付申請金額	医療機関等の名称
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	
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	
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	医療機関等の名称
年　月　日	円	
年　月　日	円	
小　計	円	
合　計	**件**	**円**

申請の理由	１　健診実施医療機関以外の妊産婦健康診査 ２　補助券の額面未満の妊産婦健康診査 ３　その他（　　）

担当課記入欄	申請受付番号（　　）	
	【本人確認書類】	対応職員
	□運転免許証(経歴)　□個人番号ｶｰﾄﾞ　□ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ　□在留ｶｰﾄﾞ(特) □障害者手帳　□資格確認証　□介護保険被保険者証 □後期高齢者医療被保険者証　□身分証　□その他（　　）	