

様式第1号（第6条関係）

下関市里帰り等妊産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）下関市長

下関市里帰り等妊産婦及び乳児健康診査事業に係る健康診査等費用助成要綱第6条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

申請者		受診者（妊産婦）	
住所		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
(ふりがな) 氏名		(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号		生年月日	年 月 日

健診受診 医療機関等	名称	電話番号
	所在地	

	受診日	申請金額		受診日	申請金額
第1回健診	年 月 日	円	第14回健診	年 月 日	円
第2回健診	年 月 日	円	HTLV-1抗体検査	年 月 日	円
第3回健診	年 月 日	円	GBS検査	年 月 日	円
第4回健診	年 月 日	円	クラミジア検査	年 月 日	円
第5回健診	年 月 日	円	産後2週間	年 月 日	円
第6回健診	年 月 日	円	産後1か月	年 月 日	円
第7回健診	年 月 日	円	多胎健康診査(第1回)	年 月 日	円
第8回健診	年 月 日	円	多胎健康診査(第2回)	年 月 日	円
第9回健診	年 月 日	円	多胎健康診査(第3回)	年 月 日	円
第10回健診	年 月 日	円	多胎健康診査(第4回)	年 月 日	円
第11回健診	年 月 日	円	多胎健康診査(第5回)	年 月 日	円
第12回健診	年 月 日	円	申請金額（合計）		円
第13回健診	年 月 日	円			

注）太枠の中をご記入ください。

- （添付資料）
- 1 助成対象健診と分かる領収書の原本
 - 2 下関市健康診査受診票
 - 3 母子健康手帳のうち助成対象健診部分の写し