

記入例

第5号様式（第6条）

印西市妊婦健康診査助成金交付申請書

日付は空欄

年 月 日

（あて先）印西市長

印西市妊婦健康診査実施要綱第6条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (妊婦)	住 所	印西市大森〇〇〇〇-〇〇	
	氏 名	印西 花子 (印)	
	生年月日	昭和 ・ 平成 〇〇 年 〇月 〇日	
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
申請区分 (〇をして下さい)	A票 (年 月 日受診)		
	B票 (年 月 日受診)	B票 (年 月 日受診)	
	B票 (年 月 日受診)	B票 (年 月 日受診)	
	C-1票 (年 月 日受診)	C-1票 (年 月 日受診)	
	C-1票 (年 月 日受診)	C-1票 (年 月 日受診)	
	C-1票 (年 月 日受診)	C-1票 (年 月 日受診)	
	C-1票 (年 月 日受診)	C-2票 (年 月 日受診)	
	C-2票 (年 月 日受診)		
助成申請額	空欄 円		

※ 添付書類 母子健康手帳の写し
医療機関等の領収書
使用しなかった医療機関委託妊婦健康診査受診票

審査の結果、助成の対象にならない費用もありますのであらかじめご了承ください。

例：母子健康手帳別冊の「検査項目」に記載されていない検査の費用 など