第１５号様式（表）（第７条）

妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年　　月　　日

府中市長

申請者　住　所
氏　名
妊婦との続柄

妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、当該助成金の審査に当たり、市が住民基本台帳等の公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

妊婦の氏名		生年月日	年　　月　　日
住　　所	府中市		
電話番号	－　　－		
出産日又は最終受診日	□出産日 □最終受診日	年　　月　　日	

※　裏面も記入してください。

受付日付印	受付者

第１５号様式（裏）

妊婦健康診査費用助成金の交付を申請する妊婦健康診査について、受診項目の該当する欄に〇印を付けた上で、受診日並びに受診した医療機関等が所在する都道府県及び医療機関等の名称を記入してください。

受診項目		受診日	受診した医療機関等		実際の支払金額 ※市記載欄	助成金額 ※市記載欄	未使用受診票
			所在する都道府県	医療機関等の名称			
１回目		年　月　日					
２回目		年　月　日					
３回目		年　月　日					
４回目		年　月　日					
５回目		年　月　日					
６回目		年　月　日					
７回目		年　月　日					
８回目		年　月　日					
９回目		年　月　日					
10 回目		年　月　日					
11 回目		年　月　日					
12 回目		年　月　日					
13 回目		年　月　日					
14 回目		年　月　日					
超音波検査	１回目	年　月　日					
	２回目	年　月　日					
	３回目	年　月　日					
	４回目	年　月　日					
子宮頸がん		年　月　日					
合　計							