

東村山市里帰り等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費補助金交付申請書

（申請先） 東 村 山 市 長

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり、東村山市里帰り等健康診査費・新生児聴覚検査費補助金の交付を申請します。この申請内容について、住民基本台帳に関する情報について、調査することに同意します。

_____ (印)

申 請 者	ふりがな			申請者の生年月日
	氏名 (妊婦)	(印)		年 月 日
	ふりがな			
	氏名 (新生児等)			
	ふりがな			
	住所	〒 ー		
	電話番号		出産等（出生）の日	年 月 日

※太枠内は当課で使用します。

	回数	受診年月日	受診時負担額	補助額
未 使 用 受 診 票 の 種 別	妊婦健康診査（1回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（2回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（3回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（4回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（5回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（6回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（7回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（8回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（9回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（10回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（11回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（12回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（13回目）	年 月 日	円	円
	妊婦健康診査（14回目）	年 月 日	円	円
	超音波検査		年 月 日	円
子宮頸がん検診		年 月 日	円	円
新生児聴覚検査		年 月 日	円	円

補助額（合計）	円
---------	---

受診票（健診 枚・超音波 枚・子宮頸がん 枚・新生児聴覚 枚）
 母子手帳の写し（出生済証明・妊娠中の経過・検査の記録）
 領収書
 申請書の記載
 請求書
 印
 收受印
 担当（ ）