

別記

第1号様式（第4条）

妊婦・乳児健康診査費用助成金申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 (自宅) ()
(携帯)

浦安市が発行する妊婦・乳児健康診査受診票を利用できない医療機関で健康診査を受診しましたので、領収書の原本、母子健康手帳及び未使用の健康診査受診票を添付し、健康診査費用の助成金を申請いたします。

なお、この申請に基づく交付決定にあたり、確認などが必要な場合は受診医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

受診者氏名
生年月日 年 月 日
住 所 浦安市
母子健康手帳No.
受診医療機関名
出産予定日又は出産日 年 月 日

振込先	銀行 信用金庫		支店名				
口座種別	普通 ・ 当座		支店コード				
口座番号							
フリガナ							
名 義							

※提供いただいた個人情報、妊婦・乳児健康診査費用助成金支給の目的以外に使用しません。

事務 処理 欄	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 乳児 (<input type="checkbox"/> 前申請有)		受診 年度 <input type="checkbox"/> 住基											合計 回分		受付者		
	類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	乳	乳	乳
		3	D	6	E	7	F	G	8	H	K	9	L	M	N	36	69	911