

妊産婦・乳幼児健康診査事業等補助金交付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者 住所 _____

氏 名 _____

連絡先（電話） _____

光市妊産婦・乳幼児健康診査事業等補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

1	補助金の交付申請額		円
2	健康診査費用		円
3	受診者氏名		
4	受診者生年月日		
5	健康診査名及び受診日	() 第1回妊婦健康診査 年 月 日 () 第2回妊婦健康診査 年 月 日 () 第3回妊婦健康診査 年 月 日 () 第4回妊婦健康診査 年 月 日 () 第5回妊婦健康診査 年 月 日 () 第6回妊婦健康診査 年 月 日 () 第7回妊婦健康診査 年 月 日 () 第8回妊婦健康診査 年 月 日 () 第9回妊婦健康診査 年 月 日 () 第10回妊婦健康診査 年 月 日 () 第11回妊婦健康診査 年 月 日 () 第12回妊婦健康診査 年 月 日 () 第13回妊婦健康診査 年 月 日 () 第14回妊婦健康診査 年 月 日 () 性器クラミジア検査 年 月 日 () 多胎妊婦健康診査1回目 年 月 日 () 多胎妊婦健康診査2回目 年 月 日 () 多胎妊婦健康診査3回目 年 月 日 () 多胎妊婦健康診査4回目 年 月 日 () 多胎妊婦健康診査5回目 年 月 日 () 第1回産婦健康診査 年 月 日 () 第2回産婦健康診査 年 月 日 () 1箇月児健康診査 年 月 日 () 3箇月児健康診査 年 月 日 () 7箇月児健康診査 年 月 日 () 1歳6箇月児一般健康診査 年 月 日 () 1歳6箇月児歯科健康診査 年 月 日 () 親子でハッピー歯科健康診査 年 月 日 () 親子でハッピー歯科健康診査 年 月 日 () 妊婦歯科個別健康診査 年 月 日	
6	受診医療機関名	名 称	
		住 所	
		名 称	
		住 所	
7	添付書類	医療機関の発行する領収書または領収書（様式第2号）、健康診査受診票	