

記入例

黒枠内の 部分のみご記入ください。

様式第1号
(第5関係)

妊婦一般健康診査費助成事業申請書

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者

申請者は妊婦さんです。
盛岡市の住所をご記入ください。
(転出先等の、盛岡市以外の住所は記入しない。)

携帯電話をお持ちの方は、自宅と携帯電話どちらもご記入ください。

住所 〒 -
盛岡市
氏名
生年月日 年 月 日
電話 - -

妊婦一般健康診査費助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記により申請します。

交付申請額	金額は記入しない。	
一時滞在先	〒 - 方 電話 - -	
受診した医療機関等	名称	
	所在地	電話 - -

○受診区分 (該当する受診区分に○を付けてください。)

受診区分	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回
妊娠週数		12~15	16~19	20~23	24~25	26~27	28~29	30~31
助成金額	円	円	円	円	円	円	円	円
受診区分	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回	子宮頸がん検診	
妊娠週数	32~33	34~35	36	37	38	39		
助成金額	円	円	円	円	円	円	円	
※盛岡市記入欄							(承認・不承認) 決定年月日	
							年 月 日	