

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 | 円 | |
| 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 | |