

様式第1号
(第5関係)

産婦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 - -

産婦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（該当する受診区分の番号に○を付けてください。）

1. 産婦健康診査（第1回）	2. 産婦健康診査（第2回）
----------------	----------------

※ 盛岡市記入欄	(承認 ・ 不承認)
	決定年月日 年 月 日
	助成金額 円