

志木市妊婦健康診査補助金交付申請書

令和 年 月 日

志木市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

志木市妊婦健康診査実施規程第2条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ 氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		
住 所 (受診日現在における住民登録地)	志木市		
受診医療機関			
受診医療機関住所			
受診項目・受診年月日(該当する項目に○印をつけてください。)			
妊婦一般健康診査	妊娠初期	1回目	/
		HBs抗原検査	/
		HCV抗体検査	/
	妊娠中期	2回目	/
		3回目	/
		4回目	/
		5回目	/
		6回目	/
		7回目	/
	妊娠後期	8回目	/
		9回目	/
		10回目	/
		11回目	/
		12回目	/
13回目		/	
14回目		/	
検査	妊娠初期	HIV抗体検査	/
		子宮頸がん検診(細胞診)	/
	妊娠後期	HTLV-1	/
		性器クラミジア検査	/

申請金額 _____ 円

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店・支店
口座番号	普通預金	
フリガナ		
口座名義人		

【市役所使用欄】

- 本人確認
 - 住登確認
 - 添付書類
 - 医療機関
 - 期間確認
 - 支給決定額
 - 免許証
 - 保険証
 - マイナンバーカード
 - その他()
 - 住登あり
 - 住登なし
 - 平成・令和 年 月 日 (転入・転出)
 - 不足書類なし
 - 不足書類あり(助成・手帳・領収)
 - 契約医療機関以外
 - 契約医療機関 → 申請不可
 - 一年以内
 - 一年以上 → 申請不可
- _____ 円