

記入例

様式第10号(第6条関係)

妊婦健康診査費助成申請書

空欄のまま
お持ちください

年 月 日

袋井市長

申請者は、
妊産婦ご本人です

申請者 住所
氏名
電話

袋井市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第6条の規定により、健康診査費用の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

空欄のままお持ちください

| | | | | | |
|--------------|------|-------|-------|----------|--|
| 健康診査に要した費用 | | 円 | | | |
| 健康診査を受けた医療機関 | 名称 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 健康診査を受けた日 | 基本健診 | 超音波検査 | 血液検査等 | G B S 検査 | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |

受診した病院の名称・住所
を記入してください

空欄のまま
お持ちください