

母子健診等費用助成金交付申請書

年 月 日

陸前高田市長 様

申請者 住所
氏名
電話
被接種者との続柄

このことについて、陸前高田市母子健診等費用助成金交付要綱第 4 第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

※太枠内をご記入ください。

氏 名	妊産婦	生年月日	妊産婦		
	乳 児		乳 児		
住 所		電話番号			
申 請 額	円				
<内訳>					
健診名	健診代	助成額	健診名	健診代	助成額
妊婦 第 1回	円	円	妊婦 第11回	円	円
子宮頸がん	円	円	妊婦 第12回	円	円
妊婦 第 2回	円	円	妊婦 第13回	円	円
妊婦 第 3回	円	円	妊婦 第14回	円	円
妊婦 第 4回	円	円	乳児 1か月	円	円
妊婦 第 5回	円	円	乳児 4か月	円	円
妊婦 第 6回	円	円	乳児 10か月	円	円
妊婦 第 7回	円	円	新生児聴覚	円	円
妊婦 第 8回	円	円	産婦 1回目	円	円
妊婦 第 9回	円	円	産婦 2回目	円	円
妊婦 第10回	円	円			