

別記

第1号様式（第4条）

妊婦・乳児健康診査費用助成金申請書

平成 年 月 日

浦安市長 松崎秀樹 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

浦安市が発行する妊婦・乳児健康診査受診票を利用できない医療機関で健康診査を受診しましたので、領収書の原本、母子健康手帳及び未使用の健康診査受診票を添付し、健康診査費用の助成金を申請いたします。

記

受診者氏名
生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所 浦安市
保護者名
母子健康手帳 No.

振込先	銀行 信用金庫					支店 出張所		
普通・当座	口座番号							
フリガナ								
名義								

※提供いただいた個人情報は、妊婦・乳児健康診査費用助成金支給の目的以外に使用しません。

事務 処理 欄	□妊婦 □乳児（□前申請有）		受診 年度 □住基											合計 回分			受付者		
	頸	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	乳		乳	乳
		3	D	6	E	7	F	G	8	H	K	9	L	M	N	36		69	911