

様式第1号（第3条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

志布志市長 様

志布志市妊産婦・乳幼児健康診査費助成金交付要領第2条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり妊産婦乳幼児健康診査費の助成を申請します。
この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、志布志市が調査することに同意します。

太枠内を記入してください。

申請者	（ふりがな） 氏 名		生年月日 及び年齢	昭和 平成	年 月 日（ 歳）
	住 所	〒 電話 — —			
受診者	（ふりがな） 氏 名	続柄（ ）	生年月日 及び年齢	（申請者と同じ場合は記入不要） 年 月 日（ 歳）	
	住 所	〒 電話 — —			
受診医療機関	病院名				
	住 所	〒 電話 — —			
受診年月日		年 月 日			
健康診査の種別		☐ 妊婦健康診査（第 回目） ☐ 新生児聴覚検査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 乳児健康診査（1か月、3～5か月、9～11か月）			
助成金交付 付 申 請 額		金 _____ 円			

（添付書類）

- 1 妊産婦健康診査等受診票
- 2 領収書の写し
- 3 助成金交付請求書
- 4 母子健康手帳の写し

（こども子育て課使用欄）

申請受理 年 月 日	令和 年 月 日	（承認・不承認） 決 定 年 月 日	令和 年 月 日
交付番号			