

様式第1号（第4条関係）

富士見市委託外医療機関妊婦健康診査補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）富士見市長

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

富士見市委託外医療機関妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、補助金等の  
交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 円

2 健診状況

受 診 者	住 所	富士見市			
	電 話	( )			
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (満 歳)			
健 診 回 数	健診日	医療機関又は助産所名	助成券 使用有無	備 考	
回目	年 月 日		有・無		
回目	年 月 日		有・無		

回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	
回目	年 月 日		有・無	

### 3 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写しその他健診状況を確認することができる書類
- (2) 領収書その他健診名が記載された支払を証する書類
- (3) 使用していない助成券