

記入例

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

〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）富士見市長

申請者

「申請者」は、請求書の「請求者」「口座名義人」と同じ方のご記入をお願いいたします。

住所 **富士見市鶴馬3351-2**
氏名 **富士見 花子**
電話番号 **049(252)3774**

富士見市委託外医療機関妊婦健康診査補助金の交付
交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記

日中に連絡の取れる電話番号を
ご記入ください。

記

1 交付申請額 **（空欄）** 円

2 健診状況

受診者	住所	富士見市 鶴馬3351-2		
	電話	049(252)3774		
	氏名	富士見 花子		
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日（満〇〇歳）		
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
3 回目	△△年△△月△△日	△△△病院	有・ 無	
4 回目	△△年△△月××日	△△△病院	有・ 無	

助成券が使用できなかった健診をご記入ください