

茅野市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査県外受診助成金交付申請書兼実績報告書

（宛先）茅野市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

茅野市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査県外受診助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 受診者

\_\_\_\_\_

2 県外医療機関等の名称及び所在都道府県

(1) 名 称

\_\_\_\_\_

(2) 所在都道府県

\_\_\_\_\_

3 出産日

\_\_\_\_\_年 月 日

4 申請額 妊婦一般健康診査分 \_\_\_\_\_ 円

産婦健康診査分 \_\_\_\_\_ 円

（添付書類）

- 1 県外医療機関等が発行した領収書の写し
- 2 母子健康手帳(妊娠中の経過)の写し
- 3 市が発行した未使用の妊婦一般健康診査受診票
- 4 市が発行した産婦健康診査受診票