別記様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

小 平 市 長 殿

申 請 者 住　所

氏　名

電話番号　　（　　）

小平市妊産婦健康診査等助成金交付申請書

妊産婦健康診査等助成金の交付を受けたいので、小平市妊産婦健康診査等助成金交付要綱第７条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

該当の健診等に☑を入れてください。

□妊婦健康診査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				8			
2				9			
3				10			
4				11			
5				12			
6				13			
7				14			

□超音波検査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				3			
2				4			

□子宮頸（けい）がん検診

回	年月日	領収額	助成金額
1			

□産婦健康診査 ※診療日が R8.10.1 以降

回	年月日	領収額	助成金額
1			
2			

□新生児聴覚検査

回	年月日	領収額	助成金額
1			

□1か月児健康診査 ※診療日が R8.10.1 以降

回	年月日	領収額	助成金額
1			

□多胎妊婦健康診査

回	年月日	領収額	助成金額	回	年月日	領収額	助成金額
1				4			
2				5			
3							

この申請の内容について、小平市が医療機関又は助産所に確認することに同意します。

氏　　名　　（※）

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。