

様式第5号 (第8条関係)

伊達市妊産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

(申請者) 住所

氏名

受診者との続柄 ()

電話番号

伊達市妊産婦健康診査実施要綱第8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健康診査の助成について申請します。

受診者氏名				生年月日	年 月 日
妊娠届出日		年 月 日		出産(予定)日	年 月 日
妊 婦 一 般 健 康 診 査	回数	健診受診日	医療機関等名称	医療機関等住所	
	1	年 月 日			
	2	年 月 日			
	3	年 月 日			
	4	年 月 日			
	5	年 月 日			
	6	年 月 日			
	7	年 月 日			
	8	年 月 日			
	9	年 月 日			
	10	年 月 日			
	11	年 月 日			
	12	年 月 日			
	13	年 月 日			
14	年 月 日				
超 音 波 検 査	1	年 月 日			
	2	年 月 日			
	3	年 月 日			
	4	年 月 日			
産 婦	1	年 月 日			
	2	年 月 日			
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫	口座種別		
	支店名	本店・支店	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				