



記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日	令和 年 月 日	受理番号	
尼崎市長あて 尼崎市妊産婦健診事業の助成を申請します。 なお、医療機関が尼崎市に受診結果を報告すること、必要に応じ保健師の保健指導を受けることを承諾します。※		母子健康手帳 交付番号	市発行 ----- 市発行
妊産婦 氏名	フリガナ	受診券番号	
	生年月日		
住所	〒 _____ <input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています 尼崎市		
電話	日中連絡のとれる連絡先 _____		
代理人が申請する場合は、以下もご記入ください。また代理人の本人確認資料の提示が必要です。 代理人氏名 _____ 住所 _____ _____ 続柄 _____ 連絡先 _____			

※ 今回ご記入いただきました個人情報及び報告される受診結果は、尼崎市個人情報保護条例に基づき管理し、妊産婦健診後のフォローのために使用します。受診結果を統計の作成や学術研究の目的のために利用する場合は、匿名化し、個人が特定される形で公表されることはありません。

下欄は記入しないでください。

<妊産婦健診受診券利用状況

		健診受診日	支払請求日
基本 A	A④	年 月 日	
	A⑤	年 月 日	
	A⑥	年 月 日	
	A⑦	年 月 日	
	A⑧	年 月 日	
	A⑨	年 月 日	