

尼崎市妊婦健診助成申請書

受診券(前・後・S・A__回・B__回)

受付印

申請日	令和 年 月 日	受診券交付番号	
記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。	尼崎市長あて 尼崎市妊婦健診事業の助成を申請します。 なお、手続のため医療機関が、尼崎市に受診結果を報告することを承諾します。※		母子健康手帳交付番号 市発行
	妊婦氏名 フリガナ 生年月日 昭和・平成 年 月 日 () 歳		妊娠届出日 令和 年 月 日 出産予定日 令和 年 月 日 妊婦健診を受診する医療機関名
	住所	〒 _____ 尼崎市 <input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています	
	電話	日中連絡のとれる連絡先 _____	
◎医療機関で受診した健診結果により、担当保健師が連絡等をする場合があります。			了解した <input type="checkbox"/> 了解しない <input type="checkbox"/>
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受診結果は、妊婦健診事業の実施(健診事後フォローを含む)のために使用し、それ以外の目的で使用されることはありません。

下欄は記入しないでください。

既申請済分	受診券(NO. _____)	償還払い(年 月 日)
-------	-----------------	---------------

<妊婦健診受診券利用状況>

	健診受診日	支払請求日
前期	年 月 日	
基本S	年 月 日	
基本A	A① 年 月 日	
	A② 年 月 日	
	A③ 年 月 日	
基本B	B⑦ 年 月 日	
	B⑧ 年 月 日	

	健診受診日	支払請求日
後期	年 月 日	
基本B	B① 年 月 日	
	B② 年 月 日	
	B③ 年 月 日	
	B④ 年 月 日	
	B⑤ 年 月 日	
	B⑥ 年 月 日	