

妊婦健康診査費助成券等交付申請書

明石市長 様

妊婦健康診査費助成券等の交付を申請します。

※太枠内のみご記入ください。

申 請 年 月 日	年 月 日		
交付を希望する種類	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 妊婦健診	<input type="checkbox"/> 妊婦歯科 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> 聴覚検査
申 請 者 (助 成 対 象 者)	ふ り が な		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	住 所	〒 ー 明石市	
	電 話 番 号	ー	ー
	出 産 予 定 日 (出 産 日)	年	月 日
	出 産 予 定 施 設		
	転 出 予 定	無 ・ 有 (年 月 日 予定)	

※申請者以外の方が窓口に来所された場合は、以下の枠内もご記入ください。

窓口に来所された方 ※申請者と住所が同一の場合は、同上でご記入ください。	
住 所	
名 前	続柄 ()

[明石市処理欄] 受付者 () 確認者 ()

助 成 券 番 号	
住 民 票 確 認 (年 月 日)	健管番号
<input type="checkbox"/> 申請者情報 (氏名・生年月日・住所・健管番号) <input type="checkbox"/> システム確認 (助成券番号・届出種別・電話番号・出産予定日・出産予定施設) <input type="checkbox"/> 助成シール内容 (氏名・健管番号・助成券番号・出産予定日) <input type="checkbox"/> タクシー券印字内容 / <input type="checkbox"/> タクシー券発券なし (後日面談) <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査助成シール貼付 (2か所) <input type="checkbox"/> 【聴覚検査のみの場合】 児の情報を確認 ①氏名 () ②生年月日 (年 月 日) ③住所 (市内・市外)	