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		□全て	□妊婦健診 □妊婦歯科 □産婦健診 □聴覚検査 □１か月児健診
申請者（助成対象者）	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年　月　日	
	住所	〒　－ 明石市	
	電話番号	－　－	
	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、同上とご記入ください。

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

□ 申請者情報（氏名・生年月日・住所・健管番号）
□ 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）
□ 助成シール内容（氏名・健管番号・助成券番号・出産予定日）
□ タクシー券印字内容　　／ □タクシー券発券なし（後日面談）
□ 新生児聴覚検査助成シール貼付（2か所）／ □ １か月児健診助成シール貼付（1か所）
□【聴覚検査・１か月児健診のみの場合】 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）
※１か月児は市内のみ

2025.4