

様式第1号

受付印

妊婦健康診査費助成券、産婦健康診査費助成券交付申請書

宝塚市長 あて

窓口に来られた方 住所：

氏名： 妊婦との続柄()

下記のとおり、妊婦健康診査費助成券、産婦健康診査費助成券の交付を申請します。

※太枠内のみ記入し、該当する項目に☑をつけてください。

申請年月日	年 月 日	妊娠週数 (妊娠満 週)
(フリガナ)		生 年 月 日
妊婦氏名		昭和 年 月 日 平成 (歳)
妊婦住所	〒 — <input type="checkbox"/> 同上 (申請者と同一の場合、下記住所記入は不要) 宝塚市	
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 () — <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 — —	
出産予定日	年 月 日	
生活保護費の受給有無	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり	
助成券の受取り方法	<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 (約1週間後に妊婦の住民票の住所に発送) <input type="checkbox"/> 健康センターで受取る (お渡しできるのは妊婦本人のみ。約1週間以内に健康センターより連絡します)	
※今回の妊娠中に転入された方 申請窓口は健康センターのみです。 母子健康手帳をご持参ください。	・ () 市・(区)・町・村より転入 ・ 前住所地での母子健康手帳交付日 年 月 日	

以下の欄は記入しないでください。

窓口に来られた方の 身分証明書確認欄	いずれか1つで可 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------	---

健康センター記入欄

助成券交付 該当・非該当	入力日	発券日	発券番号
-----------------	-----	-----	------

転入者

年 月 日 転入 妊娠()週	妊婦健診助成券		産婦健診助成券
転入前	本市助成	6,000 円券	17,000 円券
回	回	枚	22 週以降は 1 枚 1 枚

転入受付印

※健康センター受け取り記入欄

受取日 年 月 日 受取者署名 _____

マイナンバーカード 免許証
 保険証 その他 ()

受渡担当印