様式第２号（第１０条関係）

年　　　月　　　日

（あて先）那珂川市長

申請者氏名

妊婦健康診査等費用助成金交付申請書

妊婦健康診査等費用の助成金の交付を受けたいので、那珂川市妊婦健康診査実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１．氏　　名：

　　生年月日：　昭・平　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　）歳

　　住　　所：　那珂川市

　　電話番号：

（以下、市記入欄）

２．健康診査等受診券の種類と受診日

□　基本健診・超音波・妊娠初期血液検査受診券　・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診・貧血検査受診券　・・・・・・・・・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診・クラミジア検査受診券　・・・・・・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診・超音波・貧血・血糖検査受診券　・・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診・B群溶血性レンサ球菌検査受診券　・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診・超音波受診券　・・・・・・・・・・・　　　　年　　　月　　　日

□　基本健診受診券　・・・・・

　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日

　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日

　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日

補助合計額：　　　　　円