

記入例

富士見市委託外医療機関妊婦健康診査補助金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 富士見市長

申請者

「申請者」は、請求書の「請求者」「口座名義人」と同じ方のご記入をお願いいたします。

住所 富士見市鶴馬3351-2  
氏名 富士見 花子  
電話番号 049(252)3774

富士見市委託外医療機関妊婦健康診査補助金の交付  
交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記

日中に連絡の取れる電話番号を  
ご記入ください。

記

1 交付申請額 (空欄) 円

2 健診状況

受診者	住所	富士見市 鶴馬3351-2			
	電話	049(252)3774			
	氏名	富士見 花子			
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満〇〇歳)			
健診回数	健診日	医療機関又は助産所名	助成券 使用有無	備考	
3回目	△△年△△月△△日	△△△病院	有・無		
4回目	△△年△△月××日	△△△病院	有・無		

助成券が使用できなかった健診をご記入ください