

（宛先）
岩国市長 様

RO 年 O月 O日
申請者 住 所 岩国市 OO町O丁目O番O号
電話番号 0827-29-5099
氏 名 岩国 花子

申請者本人の自署又は記名押印

妊婦・産婦・乳児・1歳児健康

妊婦本人の氏名を自署してください。

次のとおり、妊婦・産婦・乳児・1歳児健康診査（一般健康診査）を申請します。
また、この申請を行うに当たり、市の職員が助成を決定するために必要な私の情報を各関係機関や住民基本台帳の公簿により確認することに同意します。

●健康診査の費用の内訳（太枠をご記入ください）

	健診の種類	受診年月日	支払金額	健康診査費用相当額 (A)	基準額(B)	助成金額(A計とB計の いずれか低い方の金額)
妊婦健康診査	1回目	. .		記入しないでください		
	2回目	. .				
	3回目	. .				
	4回目	. .				
	5回目	. .				
	6回目	. .				
	7回目	. .				
	8回目	. .				
	9回目	. .				
	10回目	R8 . 7 . 15	11,000			
	11回目	R8 . 7 . 30	6,000			
	12回目	R8 . 8 . 14	12,000			
	13回目	R8 . 8 . 22	6,000			
	14回目	. .				
	子宮がん検診	. .				
妊婦健康診査（多胎）	性器クラミジア抗原検査	. .				
	HTLV-1抗体検査	. .				
	計					
	1回目	. .				
	2回目	. .				
	3回目	. .				
産婦健康診査	4回目	. .				
	5回目	. .				
	計					
	2週間	R8 . 8 . 16	5,000			
乳児・1歳児健康診査	1か月	R8 . 8 . 30	5,000			
	計					
	1か月児健康診査	R8 . 8 . 30	6,000			
	3か月児健康診査	. .				
1歳児健康診査	7か月児健康診査	. .				
	計					
	1歳児健康診査	. .				
	計					

《添付書類》

- 健康診査受診時の領収書（受診者、受診日、受診に要した費用及び医療機関名の分かるもの）及び明細書
- 母子健康手帳の写し（健診受診結果のページ）
- 健康診査受診票（産婦健康診査にあっては、受診票及び質問票）