

★日付は、窓口等で確認します。記入しないでください。

年 月 日

三原市長 様

(申請者)

○申請者は対象者と同一生計の方です。  
○申請者の口座へ振り込みになるため、**口座名義人が申請者**となります。

【対象者の続柄】

例) 妊婦…本人・夫 など  
新生児…母・父 など

住 所 **三原市港町3丁目5番1号**

氏 名 **三原 花子**

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

電話番号 **0848-67-6061**

対象者のとの続柄 ( **本人** )

(対象者)

住 所 **三原市港町3丁目5番1号**

妊産婦氏名 **三原 花子**

【生年月日】

※西暦・和暦どちらでもかまいません。

生年月日 **平成2年 3月 4日** 生

新生児氏名 **三原 太郎**

生年月日 **令和4年 8月 1日** 生



三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金交付申請書兼実績報告書

三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金の交付を受けたいので、三原市妊婦産婦新生児健康診査費補助金交付要綱第6条第2項の規定により、次のとおり申請・報告します。

また、審査のために必要な場合は、住民票記載内容及び健康診査内容について調査されることに同意します。

該当する補助券の□を  
チェックしてください。

健康診査の種類

<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査検査券(クリーム色)	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診受診券 (びわ色)	
<input type="checkbox"/> クラミジア検査受診券(ラベンダー色)	
<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査補助券 (桃色)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回
(さくら色)	<input type="checkbox"/> 6回 <input type="checkbox"/> 7回 <input type="checkbox"/> 8回 <input type="checkbox"/> 9回 <input type="checkbox"/> 10回 <input type="checkbox"/> 11回 <input type="checkbox"/> 12回 <input type="checkbox"/> 13回 <input type="checkbox"/> 14回
<input type="checkbox"/> 多胎妊婦一般健康診査補助券(さくら色)	<input type="checkbox"/> 15回 <input type="checkbox"/> 16回 <input type="checkbox"/> 17回 <input type="checkbox"/> 18回 <input type="checkbox"/> 19回
<input type="checkbox"/> 産婦健康診査補助券 1回目(空色)	
<input type="checkbox"/> 産婦健康診査補助券 2回目(サーモン色)	
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受検票 (銀鼠色)	
<input type="checkbox"/> 助産施設妊婦一般健康診査補助券	<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 7回 <input type="checkbox"/> 8回
(もえぎ色)	<input type="checkbox"/> 9回 <input type="checkbox"/> 10回 <input type="checkbox"/> 12回 <input type="checkbox"/> 13回 <input type="checkbox"/> 14回

※添付書類

<input type="checkbox"/>	産婦健康診査問診票を含む一般健
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳の健康診査結果の項
<input type="checkbox"/>	領収書

★助産施設妊婦一般健康診査補助券の回数は、  
窓口等で確認しますので、  
チェックは入れないでください。