

記入見本

(第1号様式)

※太枠で囲んである箇所は訂正不可です。
書き間違えた場合は、改めて書き直しをお願いします。

里帰り等妊婦健康診査費及び新生児聴覚検査費助成申請書

(フリガナ)	メグロ ハナコ ・ サクラ		生年月日
受診者氏名	目黒 花子 ・ 桜		昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成
受診者住所	目黒区上目黒〇—〇—〇 △△マンション〇〇〇号		
受診医療機関等	名称	〇〇産婦人科	
	住所	〇〇県△△市××町〇—〇—〇	
	氏名	〇〇医師	
受診年月日	〇〇年〇月△日、 △月×日 ×月△日 目黒花子		
分娩(予定)年月日	〇〇年〇月×日		
健康診査の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査 (第 〇〜〇 回目) <input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査		
申請金額	金額は記入しないでください。		

新生児聴覚検査を申請する場合は、子の氏名もご記入ください。

目黒区の住所をご記入ください。

医師の氏名が不明の場合は未記入で構いません。

訂正する場合は、訂正箇所に二重線と余白に申請者氏名をご記入ください。

里帰り等妊婦健康診査及び新生児聴覚検査の助成を申請します。
この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、目黒区が調査することに同意します。

日付は窓口でご記入ください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

目黒区長あて

申請者

住所 目黒区上目黒〇—〇—〇 △△マンション〇〇〇号

目黒区から転出している場合は、
現在のご住所をご記入ください。

氏名 目黒 花子

電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

処理欄

住記確認		添付書類確認		決定金額	
------	--	--------	--	------	--