

第1号様式（第5条関係）

年　月　日

(宛先) 昭島市長

申請者 住所

氏名

(代理の場合本人との関係：)

昭島市妊婦健康診査受診料補助金交付申請書

妊婦健康診査受診料について補助金の交付を受けたいので、昭島市妊
婦健康診査受診料補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

申請額	円	出産日	年　月　日	
受　　診 医療機関	名称 所在地 電　　話		申　請　の　理　由	
			1　里帰りのため 2　その他の事情 (　　　　　　　)	
妊　　婦	氏名		生年月日	
	住所			
	電話			

市事務処理欄	年月日	支出額	償還額	年月日	支出額	償還額	回収受診票
受付印							償還額合計
受理番号 (　　　　　)							