

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	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 ( )							