様式第1号(1)

尼崎市妊産婦健診助成申請書

受診券（前・後・S・A＿＿回・産後＿＿回）

受付印

申請日	令和　　年　　月　　日	受診券交付番号	

記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

尼崎市長あて

尼崎市妊産婦健診事業の助成を申請します。なお、医療機関が尼崎市に受診結果を報告すること、必要に応じ保健師の保健指導を受けることを承諾します。※

母子健康手帳交付番号	市発行		
妊娠届出日	令和　　年　　月　　日		
出産予定日	令和　　年　　月　　日		
妊産婦健診を受診する医療機関名			

妊産婦氏名	フリガナ	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　）歳
住　所	〒　　－ 尼崎市	□ 尼崎市に住民登録しています
電　話	日中連絡のとれる連絡先	―　　―

代理人が申請する場合は、以下もご記入ください。また代理人の本人確認資料の提示が必要です。

代理人氏名　　住所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄　　連絡先　　―　　―

※　今回ご記入いただきました個人情報及び報告される受診結果は、尼崎市個人情報保護条例に基づき管理し、妊産婦健診後のフォローのために使用します。受診結果を統計の作成や学術研究の目的のために利用する場合は、匿名化し、個人が特定される形で公表されることはありません。

下欄は記入しないでください。

＜妊産婦健診受診券利用状況＞

		健診受診日	支払請求日
前期		年　月　日	
基本S		年　月　日	
後期		年　月　日	
基本A	A①	年　月　日	
	A②	年　月　日	
	A③	年　月　日	
	A④	年　月　日	
	A⑤	年　月　日	
	A⑥	年　月　日	

		健診受診日	支払請求日
基本A	A⑦	年　月　日	
	A⑧	年　月　日	
	A⑨	年　月　日	
	A⑩	年　月　日	
	A⑪	年　月　日	

産婦健診	①	年　月　日	
	②	年　月　日	