

妊産婦健康診査費助成券交付申請書兼受領書
新生児聴覚検査費助成券交付申請書兼受領書
歯周疾患検診受診券受領書
妊産婦応援タクシー利用助成券交付申請書兼受領書

令和 年 月 日

丹波市長様

下記のとおり、丹波市妊産婦健康診査費助成事業実施要綱第6条の規定により妊婦健康診査費助成券及び産婦健康診査費助成券を、丹波市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定により新生児聴覚検査費助成券を、丹波市妊産婦応援タクシー利用助成要綱第4条の規定により妊産婦応援タクシー利用助成券の交付を申請します。なお、これらの事務に必要な個人情報収集されること及び医療機関等より健診等結果が市に提供されることに同意いたします。

申請者 (妊産婦本人)	ふりがな 氏名		生年 月日	昭・平 年 月 日
		(自署又は記名押印)		
	住所	丹波市 町 番地		
	電話番号	— —		(日中連絡がつく番号)
出産予定日	令和 年 月 日			

- ① 助成事業の対象者は、丹波市に住民票を有し、出産予定の妊産婦の方及び妊産婦応援タクシー利用助成券にあっては、丹波市ふるさと住民登録制度による登録を行い、本市で里帰り出産を予定している方です。
- ② 助成券の再交付はできませんので、大切に保管ください。

助成券（受診券）受領書

令和 年 月 日

私は、妊婦健康診査費助成券（基本券 4,000 円券 14 枚 及び 補助券 10,000 円券 1 枚、2,000 円券×5 枚、1,000 円券 20 枚）と、産婦健康診査費助成券 2 枚、乳房ケア助成券 2 枚、新生児聴覚検査費助成券 1 枚の合計 45 枚、歯周疾患検診受診券 1 枚及び妊産婦応援タクシー利用助成券 20 枚を受領しました。

同時に助成券等の使用方法の説明を受け了承したとともに、市外へ転出後は助成券等の使用及び償還払いの申請ができない旨の説明を受け了承しました。

受領者 氏名 (自署又は記名押印)

《以下は市記入欄ですので記入しないでください》 チェック 入力

手帳番号	丹 2023—	交付年月日	年 月 日	取扱者
交付枚数	<input type="checkbox"/> 妊婦健診費助成券	4,000 円券×14 枚	<input type="checkbox"/> 産婦健診費助成券	2 枚
	<input type="checkbox"/> 同補助券	10,000 円券×1 枚	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費助成券	1 枚
	<input type="checkbox"/> 同補助券	2,000 円券×5 枚	<input type="checkbox"/> 乳房ケア相談助成券	2 枚
	<input type="checkbox"/> 同補助券	1,000 円券×20 枚	<input type="checkbox"/> 歯周疾患検診受診券	1 枚
	<input type="checkbox"/> 妊産婦応援タクシー利用助成券	(通し番号)		