様式第１号（第５条第１項関係）

記入例

令和　8　年　5　月　28　日

弘前市長　　様

住　　所　弘前市大字駅前町9-20

申請者　フリガナ　ヒロサキ ハナコ
氏　　名　弘前　花子
生年月日　平成 10　年　10　月　10　日生
電話番号　090　－　1234　－　5678

令和８年度弘前市妊婦健康診査受診者負担助成金交付申請書

令和８年度弘前市妊婦健康診査受診者負担助成金交付要綱第５条に基づき助成金を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。

健診受診日	健診費用額	受診医療機関名	回数	助成額　※記入不要
R. 8 年 4 月 5 日	8,500 円	○○○クリニック	回目	円
R. 8 年 5 月 1 日	12,600 円	〃	回目	円
R. 8 年 6 月 3 日	8,500 円	〃	回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
年 月 日	円		回目	円
			合計助成額	円

【添付書類】

□	未使用の「妊婦委託健康診査受診票」
□	妊婦健診に要した費用の領収書及び医療費明細書の写し
□	母子健康手帳の以下のページの写し ・出生届出済証明（１ページ） ・妊娠中の経過（８～９ページ） ・検査の記録（１０ページ）
□	通帳の写し等振込先がわかるもの（妊婦本人名義であること）

提出先：弘前市こども家庭センター
（弘前市健康こども部こども家庭課 母子保健係）
弘前市大字駅前町９－２０　ヒロロ３階
電話：０１７２－３３－１６５２