

弘前市長 様

住 所

申請者 フリガナ
氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

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
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
年 月 日	円		回目		円
年 月 日	円		回目		円
年 月 日	円		回目		円
【添付書類】			合計助成額		円
<input type="checkbox"/>	未使用の「妊婦委託健康診査受診票」				
<input type="checkbox"/>	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				
<input type="checkbox"/>	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）				
<input type="checkbox"/>	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