妊婦一般健康診査等県外受診申請書　　（事前申請）

（宛先）津市長

年　　月　　日

妊婦一般健康診査等を県外（市外）で受診をしたいので、申請します。

なお、この申請の審査を目的として、津市が助成に係る必要な個人情報を収集することに同意します。

申請者（本人） 氏名			
申請者（本人） 住所			
生年月日	年　　月　　日		
連絡先			
※記入代理人		※続柄	

確認事項

出産予定日		年　　月　　日	
出産日		年　　月　　日	
里帰り先の住所 ※様方、マンション等の部屋番まで		（　　様方）	
連絡先 （必ず連絡のつく電話番号）			
県内（市内）での受診済み分	妊婦健診	なし　1回　2回　3回　4回　5回　6回　7回 8回　9回　10回　11回　12回　13回　14回	
		多胎分	1回　2回　3回　4回　5回
	妊婦歯科健診		
	産婦健診	1回目　　2回目	
	新生児聴覚スクリーニング検査		
県外（市外）での受診希望分	妊婦健診	1回　2回　3回　4回　5回　6回　7回 8回　9回　10回　11回　12回　13回　14回	
		多胎分	1回　2回　3回　4回　5回
	妊婦歯科健診		
	産婦健診	1回目　　2回目	
	新生児聴覚スクリーニング検査		1か月児健康診査

※　申請者の記入ができない場合には、記入代理人欄も御記入ください。

《担当者備考欄》

申請方法（　窓口申請　・　電話申請　）　　申請書の交付もしくは送付日（　　）

G-P確認（　　）　　整理番号（　　）

G-P入力（　　）　　担当者名（　　）

R7年4月

＜受付印＞

妊婦一般健康診査等県外受診申請取り下げ書

（宛先）津市長

年　　月　　日

年　　月　　日付けで提出した妊婦一般健康診査等の県外（市外）受診申請を取下げします。

<table>
<tr><td colspan="2">申請者（本人）
氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請者（本人）
住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡先</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">※記入代理人</td><td colspan="2"></td><td>※続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産予定日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">出産日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">里帰り先の住所
※様方、マンション等の部屋番まで</td><td colspan="4">（　　様方）</td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡先
（必ず連絡のつく電話番号）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">県内（市内）での受診済み分</td><td rowspan="2">妊婦健診</td><td colspan="4">なし　1回　2回　3回　4回　5回　6回　7回
8回　9回　10回　11回　12回　13回　14回</td></tr>
<tr><td>多胎分</td><td colspan="3">1回　2回　3回　4回　5回</td></tr>
<tr><td colspan="5">妊婦歯科健診</td></tr>
<tr><td>産婦健診</td><td colspan="4">1回目　　2回目</td></tr>
<tr><td colspan="5">新生児聴覚スクリーニング検査</td></tr>
<tr><td rowspan="5">県外（市外）での受診希望分</td><td rowspan="2">妊婦健診</td><td colspan="4">1回　2回　3回　4回　5回　6回　7回
8回　9回　10回　11回　12回　13回　14回</td></tr>
<tr><td>多胎分</td><td colspan="3">1回　2回　3回　4回　5回</td></tr>
<tr><td colspan="5">妊婦歯科健診</td></tr>
<tr><td>産婦健診</td><td colspan="4">1回目　　2回目</td></tr>
<tr><td colspan="3">新生児聴覚スクリーニング検査</td><td colspan="2">1か月児健康診査</td></tr>
</table>

※　申請者の記入ができない場合には、記入代理人欄も御記入ください。

《担当者備考欄》

申請方法（　窓口申請　・　電話申請　）　　申請書の交付もしくは送付日（　　）

G-P確認（　　）　　整理番号（　　）

G-P母子個人画面「費用助成」備考情報に「取り下げ」を入力（　　）

担当者名（　　）

＜受付印＞

R7年4月