



妊婦健康診査費助成券・新生児聴覚検査費助成券
産婦健康診査費助成券・1か月児健康診査費助成券
妊産婦歯科健診受診券・子どもの歯みがき相談券

交付申請書
(再交付用)

令和 年 月 日

姫路市保健所 健康課長 宛

申請者氏名 _____ (続柄 _____)

下記のとおり再交付を申請します。

また、重複使用となった場合は、重複した助成額の全額を返還いたします。

助成対象者 (母)	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	現在の状況	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 産後(年 か月)	
	住所	〒 _____			
助成対象者 (児)	氏名				
	生年月日	令和 年 月 日	現在の月齢	歳 か月	
	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ(下記住所の記入は不要) 〒 _____			
再交付を希望する 助成券・受診券	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査費助成券 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診助成券 <input type="checkbox"/> 多胎妊婦助成券①②③ <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費助成券 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査費助成券(2週間) <input type="checkbox"/> 産婦健康診査費助成券(1か月)				
		<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費助成券 <input type="checkbox"/> 妊産婦歯科健診受診券 <input type="checkbox"/> 子どもの歯みがき相談券			} 裏面も記入要 <input type="checkbox"/> 記入済

【窓口担当記入欄】

窓口担当記入欄	母子健康手帳番号		発行種類	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査助成券 発行枚数 _____ 枚 (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 子宮 多胎1 多胎2 多胎3) <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費助成券 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査助成券 (2週間 1か月) <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査助成券 <input type="checkbox"/> 妊産婦歯科健診受診券 <input type="checkbox"/> 子どもの歯みがき相談券
	健管番号	母		
		児		
	担当者			※助成券すべてに <u>母子手帳番号</u> を必ず記入 ※ <u>多胎</u> の場合は、申請書をもう一枚記入

現在の使用状況について、下記にご記入ください。

詳細が分からない場合は、かかりつけの医療機関にご確認のうえ、正しく記入ください。

【妊婦健康診査費助成券使用状況】

番号	使用日	医療機関名	番号	使用日	医療機関名
①	年 月 日		⑨	年 月 日	
②	年 月 日		⑩	年 月 日	
③	年 月 日		⑪	年 月 日	
④	年 月 日		⑫	年 月 日	
⑤	年 月 日		⑬	年 月 日	
⑥	年 月 日		⑭	年 月 日	
⑦	年 月 日		子宮	年 月 日	
⑧	年 月 日				

【多胎妊婦助成券使用状況】

番号	使用日	医療機関名	番号	使用日	医療機関名
①	年 月 日		②	年 月 日	
③	年 月 日				