

# 西宮市妊婦・産婦健康診査受診助成券、妊婦歯科検診受診券申請書

すこやか番号

西宮市長 様

妊娠が確定したため下記のとおり申請します。また、受診結果は、医療機関から西宮市に報告されることを承諾します。

申請日（西暦）20XX年 4月 1日

※ 健(検)診結果によっては、市の保健師等がご連絡させていただくことがあります。

申請する受診券に☑をつけてください。

- 妊婦健康診査受診助成券、妊婦歯科検診受診券  
 産婦健康診査受診助成券  
 [多胎妊婦用] 妊婦健康診査受診助成券

☐にチェックをしてください。  
双子・三つ子を妊娠中の方は[多胎妊婦用] 妊婦健康診査受診助成券にも☑をしてください。

妊 産 婦  (申 請 者)	フリガナ	ニシノミヤ ハナコ		米所者が妊産婦本人以外の場合ご記入ください	
	氏名	西宮 花子		氏名 (続柄)	
	住所	〒662-0913 西宮市 染殿町8-3		代理人来所時は記入してください (来所時、代理人の本人確認書類の提示も必要です)	
	生年月日	西暦 1992年 4月 30日 (年齢: 歳)	出産予定日 または出産日	西暦 2024年 12月 31日	
	電話番号	出産後に産婦健康診査受診助成券のみを申請する方は、出産日を記入してください		現在の 妊娠週数	妊娠 8 週
転入の方	※市外から転入された方はご記入ください。また、妊娠中の方は左側(妊婦)に記入してください		*出産予定日が不明の場合は最終月経の初日をご記入ください		
転入日	西暦	年	月	日	前住所地 市町村名
出産予定日が不明の場合は、最終月経の初日を記入してください					

市外から転入した方はご記入ください

書類の提示が必要です。

<市記入欄> 代理人の本人確認資料

以下、市記入欄

窓口受付印