

都城市 15回目以降の妊婦健康診査助成券交付申請書

<申請時の注意>

※出産予定日以降(40週0日を含む)の受診に限ります

※受診日に都城市に住民票を有する妊婦に限ります

医療機関記載欄

申請日 年 月 日

該当妊婦の 母子手帳番号			
出産予定日	年 月 日	受診日	年 月 日
医療機関名			
医師氏名			

◎該当する助成券内容に○をお付けください

助成券内容	妊婦健康診査助成券 15回目 ・ 16回目 ・ 17回目 ・ 18回目 ・ (回目)
-------	---

【申請等に関するお問合せ先】

都城市保健センター 電話番号: 0986-36-5661 FAX番号:0986-36-5669

都城市保健センター確認

母子手帳番号		出産予定日	年 月 日
妊婦氏名		生年月日	年 月 日

助成券交付内容	妊婦健康診査助成券 15回目 ・ 16回目 ・ 17回目 ・ 18回目 ・ (回目)
---------	---

送付日	年 月 日
-----	-------