

佐世保市離島地域安心出産支援事業助成金交付申請書

年受付第 号

症状、傷病又は健診の年 月 日	年 月 日	症状、傷病又は健診の場所	
症状、傷病又は健診の原因			
対象者氏名	カガナ	生年 月 日	年 月 日生
医師又は保健師の見書	妊娠月※	通院、健診等年 月 日	年 月 日
	通院、健診等の必要事由		
	通院等方法	申請 (必要経費の額)	(円 円)
	区 間		
	回 数		
年 月 日 医師又は保健師の住所及び氏名※		
健康保険により請求することができなかった理由			

佐世保市離島地域安心出産支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、申請します。

年 月 日

佐世保市長 様

申請者 住所 長崎県佐世保市 町 番地
氏名

- ※ 母子健康手帳をご持参下さい。
- ※ 第4条各号に定める必要書類（母子健康手帳の写し、交通機関の領収書、医療機関の領収書、母子健康手帳別冊の診査票の写し等）を添付して下さい。
- ※ 妊娠月については、第2条第1項第1号から第3号に該当する場合のみ記入すること。
- ※ 医師又は保健師の住所及び氏名は、第2条第1項第3号に該当する場合のみ記入すること。