

転入妊産婦用

市民課手続中

妊産婦健康診査費用補助券及び妊婦歯科健康診査受診券交付申請書

住記確認済

太枠の中をご記入ください。

補助券No.(鎌倉市用) 5 _ _ _

令和 年 月 日	
(あて先) 鎌倉市長	
住所 鎌倉市	
フリガナ	
妊産婦	氏名
※妊産婦本人以外の方は来所者欄にもご記入ください。	
電話 ()	
携帯電話 ()	
次のとおり申請します。	
妊産婦	生年月日 年 月 日 () 歳
職業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
出産予定医療機関名または今後健診を受ける医療機関名	
妊娠週数	妊娠満 () 週
出産予定日	令和 年 月 日
妊娠・出産の状況	妊娠回数 <input type="checkbox"/> 今回で () 回目
	出産回数 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> 多胎
	今まで2500g未満の出産が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった () g
今まで4000g以上の出産が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった () g	

来所者欄	※妊産婦以外の方が、申請された場合は、必ずご記入ください。	住所		
		フリガナ氏名	妊産婦との続柄	
		電話	()	

次のものを受け取ったか確認(☑)してください
<妊産婦本人又は来所者記入>

- 妊産婦健康診査費用補助券 ~ 回目
- 産婦健康診査費用補助券 ⑮⑯追加分
- 多胎追加分妊婦健康診査費用補助券 ⑫⑬⑭
- 妊婦歯科健康診査受診券
- 新生児聴覚検査費用補助券 (AABR・OAE)
- 1か月児健康診査費用補助券

●この申請書をもとに保健師・助産師から連絡することがあります。