

年 月 日

妊婦健康診査受診票 交付申請書

(宛先)小金井市長

申請者住所
氏名
続柄

下記の理由により、妊婦健康診査受診票の交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

妊婦氏名	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
住所	電話		
妊娠週数	週	出産予定日	年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)
申請理由	(1)他県からの転入 (道・府・県 市・町・村)から転入 (2)都内区市町村からの転入 (東京都 区・市・町・村)から転入		
交付枚数	他県からの転入	<input type="radio"/> 妊婦健康診査受診票 ①当該区市町村交付枚数 ②使用枚数 ①-②=交付枚数(※) 1回目用 _____枚 - <input style="border: 2px solid black;" type="text"/> 枚 = _____枚 2回目以降用 _____枚 - <input style="border: 2px solid black;" type="text"/> 枚 = _____枚 <input type="radio"/> 妊婦超音波検査受診票 ①当該区市町村交付枚数 ②使用枚数 ①-②=交付枚数(※) _____枚 - <input style="border: 2px solid black;" type="text"/> 枚 = _____枚 <input type="radio"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 ①当該区市町村交付枚数 ②使用枚数 ①-②=交付枚数(※) _____枚 - <input style="border: 2px solid black;" type="text"/> 枚 = _____枚	
	都内区市町村からの転入	<input type="radio"/> 妊婦超音波検査受診票 ①当該区市町村交付枚数 ②転居前自治体の交付枚数 ①-②=交付枚数(※) _____枚 - <input style="border: 2px solid black;" type="text"/> 枚 = _____枚	

※交付枚数については、妊娠週数に応じて変更する場合があります。