

里帰り等妊産婦・乳児健康診査等補助金交付申請用証明書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名

下記の者が健康診査等を実施したことを証明します。

受診項目	受診日	自己負担額	領収金額 (保険適用外分)
妊婦健康診査初回	年 月 日	円	円
子宮頸がん検診	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
妊婦健康診査()回目	年 月 日	円	円
HTLV-1抗体検査	年 月 日	円	円
性器クラミジア抗原検査	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
超音波検査()回目	年 月 日	円	円
産婦健康診査(2週間)	年 月 日	円	円
産婦健康診査(1か月)	年 月 日	円	円
新生児聴覚検査	年 月 日	円	円
1か月児健康診査	年 月 日	円	円

(実施場所)

医療機関名

医師名

医師署名又は記名押印