第１号様式（第７条関係）

妊産婦健康診査費用受診券・補助券交付申請書（転入者専用）

※　太枠の該当するところを記入または○印で囲んでください。

受診券・補助券交付番号			届出日	年　月　日	
前住所	都道府県　区市町村		転入日	年　月　日	
妊娠または出産の状況	フリガナ 妊産婦の氏名		職業		
	生年月日	S・H　年　月　日　歳　初産・今までの出産（　回）			
	父となる人		生年月日	年　月　日　歳	職業
	妊産婦の住所（住民登録地）	寒川町	自宅電話　－ 妊産婦携帯　－　－		
	妊娠週数	妊娠　週（第　ヶ月）	予定日または出産日	年　月　日	
	不安なこと、相談したいことはありますか。 相談したいこと（		はい・いいえ ）		
	父親・母親教室に参加希望はありますか？ 「いいえ」の方は理由をご記入下さい。（		はい・いいえ・考え中 ）		
受診状況	現在妊産婦健診を受けている医療機関、助産院名 医療機関名：　（医療機関の所在地　県内・県外） 電話番号：　―　―				
	今後の妊産婦健診・出産を行う予定の医療機関、助産院名（上記と異なる方のみ記入） 医療機関名：　・未定　（医療機関の所在地　県内・県外） 電話番号：　―　―				

妊産婦健康診査費用受診券・補助券使用状況	妊婦健診	回目～　回目	産婦健診	2週	受けた・受けない	1か月	受けた・受けない

里帰り	里帰り出産の予定はありますか？　はい・いいえ・未定 それはどちらですか？　都道府県　区市町村
喫煙	１：有（1か月以内にやめようと思う：はい・いいえ） ２：無　３：今回の妊娠でやめた
飲酒	１：有（1か月以内にやめようと思う：はい・いいえ） ２：無　３：今回の妊娠でやめた

上記のとおり申請します。

（宛先）　寒川町長　　届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

交付状況	マタニティストラップ　あり　なし				妊健受診券・補助券交付枚数			回目～　回目　計　枚							
					産健受診券・補助券交付枚数			2週 □			1か月 □		計　枚		
受診券・補助券使用日	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目	産後2W
	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／