第1号様式（第7条関係）

妊産婦健康診査費用補助券交付申請書（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。

補助券交付番号			届出日	令和　　年　　月　　日	
前住所	都 道 府 県　　区 市 町 村		転入日	令和　　年　　月　　日	
妊娠または出産の状況	フリガナ 妊産婦の氏名		個人番号		
			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	
	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	令和　　年　　月　　日	
	不安なこと、相談したいことはありますか。　　はい　・　いいえ 相談したいこと（　　）				
	父親・母親教室に参加希望はありますか？　　はい　・　いいえ　・　考え中 「いいえ」の方は理由をご記入下さい。（　　）				
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				妊健補助券交付枚数			回目　～　回目　計　　枚							
					産健補助券交付枚数			2週 □		1か月 □			計　　枚		
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
	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／