

年 月 日

都 留 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

都留市妊産婦乳幼児健診タクシー事業利用券交付申請書

利用券の交付を受けたいので、都留市妊産婦乳幼児健診タクシー事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. タクシーの利用を希望する健診

(1) 乳幼児健診

対象児氏名		生年月日	
-------	--	------	--

健診予定年月	健診種別	健診場所
年 月	<input type="checkbox"/> 乳児一般(1回目) <input type="checkbox"/> 乳児一般(2回目) <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> いきいきプラザ都留 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名：)
年 月	<input type="checkbox"/> 乳児一般(1回目) <input type="checkbox"/> 乳児一般(2回目) <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> いきいきプラザ都留 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名：)
年 月	<input type="checkbox"/> 乳児一般(1回目) <input type="checkbox"/> 乳児一般(2回目) <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> いきいきプラザ都留 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名：)
年 月	<input type="checkbox"/> 乳児一般(1回目) <input type="checkbox"/> 乳児一般(2回目) <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> いきいきプラザ都留 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名：)

※「健診種別」欄は各枠内の1つのみにレ点を付す。

※「健診場所」欄は各枠内のいずれかにレ点を付し、医療機関の場合には医療機関名を記載する。

※申請する年度内に予定されている健診のみ、タクシー事業利用券の交付申請を行うことができる。

※乳幼児健診に該当しない年度等は、「(1) 乳幼児健診」は記載不要とする。

(2) 妊婦健診

対象者氏名		生年月日	
-------	--	------	--

健診予定年月	健診種別	健診場所
年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 妊婦健診(1～14 回目) <input type="checkbox"/> 妊婦健診(1～19 回目) <input type="checkbox"/> 妊婦健診(回目)	医療機関名：

※「健診種別」欄はいずれかにレ点を付す。

※「健診種別」の「妊婦健診 1～19 回目」は多胎妊娠の方のみ申請可能とする。

※「健診場所欄」は医療機関名を記載する。

※妊婦健診に該当しない年度等は、「(2) 妊婦健診」は記載不要とする。

(3) 産婦健診

対象者氏名		生年月日	
-------	--	------	--

健診予定年月	健診種別	健診場所
年 月	<input type="checkbox"/> 産婦健診(1 回目)	医療機関名：
年 月	<input type="checkbox"/> 産婦健診(2 回目)	医療機関名：

※「健診種別」欄はいずれかにレ点を付す。

※「健診場所欄」は医療機関名を記載する。

※産婦健診に該当しない年度等は、「(3) 産婦健診」は記載不要とする。

2. 添付書類

母子健康手帳表紙部の写し