

# 県外医療機関等での妊婦一般健康診査等受診希望申請書

令和 年 月 日

子育て支援課長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、県外医療機関等での妊婦一般健康診査等の受診を希望いたします。

## 記

妊産婦氏名	申請者との続柄
妊産婦生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所 <small>※申請者と同住所の場合省略可</small>	〒 _____
滞在先住所	〒 _____ ( _____ ) 様方
連絡先電話番号	
滞 在 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃
申 請 理 由	里帰り出産のため・その他 ( _____ )
医療機関名 所 在 地 電 話 番 号	医療機関名 : _____ 〒 _____ 住所 : _____ 電話番号 : _____
希望する 受診票の種類 <small>※該当するもの全てを 丸で囲んでください。</small>	妊婦健康診査 ・ 新生児聴覚検査 ・ 産婦健康診査 母乳育児相談 ・ 妊婦歯科健康診査
受診予定時期 受診時妊娠週数	令和 年 月 日頃 (妊娠 週頃)
分娩予定日	令和 年 月 日