

様式第2号（第8条関係）

大和高田市産婦健康診査費助成金交付に係る産婦健診実施証明書

年 月 日

（宛先）大和高田市長

実施医療機関等

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

次の者について、下記のとおり産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 健診を受けた産婦

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2 助成金の交付を申請する産婦健康診査

	1回目健診	2回目健診
健診実施日	年 月 日	年 月 日
健診費用	円	円