

蒲郡市長 様

蒲郡市妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金申請用証明書

（妊婦情報） ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が初回産科受診として妊娠の判定に要した下記金額を医療機関へ支払ったことを証明します。

初回産科受診日	年	月	日
妊娠判定に要した診療内容	※初回産科受診日に実施した診療内容及び金額を記入してください		
	診療内容		金額
	<input type="checkbox"/> 問診・診察		円
	<input type="checkbox"/> 尿検査		円
	<input type="checkbox"/> 超音波検査		円
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		円
	合計		円

医療機関住所：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：