

様式第1号（第4条関係）

行田市妊婦健康診査助成券交付・再交付申請書

申請日 年 月 日

行田市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記の理由により、妊婦健康診査助成券の交付・再交付を受けたいので申請します。

フリガナ		申請理由 (該当番号を○ で囲んでくだ さい)	1 転入（前住所で交付された助成券 を提出してください）	
妊婦氏名			2 汚損等（汚損した助成券を提出し てください）	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		3 紛失（盗難・火災に限る）	
前住所		転入日	年 月 日	
現住所	行田市	妊娠週数	第 週	
電話番号		出産予定日	年 月 日	
				受付者

- ・ 申請者が妊婦以外の場合は、身分証明書をご持参ください。
- ・ 交付する助成券の項目にチェック(レ)を入れてください。

健診回数	使用時期(目安)			色	チェック		
HIV 抗体検査	妊娠3か月	8～11週	1回/4週	桃	( )		
子宮頸がん検診				桃	( )		
1回				桃	( )		
2回				妊娠4か月	12～15	白	( )
3回				妊娠5か月	16～19	青	( )
4回				妊娠6か月	20～23	白	( )
5回	妊娠7か月	24～25	1回/2週	白	( )		
6回		26～27		青	( )		
7回		28～29		白	( )		
8回	妊娠8か月	30～31	1回/2週	白	( )		
9回	妊娠9か月	32～33		白	( )		
10回		34～35		青	( )		
11回	妊娠10か月	36	1回/週	白	( )		
12回		37		青	( )		
13回		38		白	( )		
14回		39		白	( )		
HTLV-1抗体検査	妊娠30週までが望ましい			黄	( )		
性器クラミジア検査	妊娠30週頃までに実施			黄	( )		