

妊産婦健康診査費助成申請書兼請求書

	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
(ふりがな)				母子健康手帳番号	
妊産婦氏名					
生年月日	年	月	日	電話番号	
妊産婦健康診査受診月日・医療機関					
	回数	助成額	受診年月日	医療機関名	
妊婦健康診査	初回	円	年 月 日		
	2回目	円	年 月 日		
	3回目	円	年 月 日		
	4回目	円	年 月 日		
	5回目	円	年 月 日		
	6回目	円	年 月 日		
	7回目	円	年 月 日		
	8回目	円	年 月 日		
	9回目	円	年 月 日		
	10回目	円	年 月 日		
	11回目	円	年 月 日		
	12回目	円	年 月 日		
	13回目	円	年 月 日		
	14回目	円	年 月 日		
産婦健康診査	2週間頃	円	年 月 日		
	1か月頃	円	年 月 日		
合 計		円			
振 込 口 座					
銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号
金融機関コード	店舗コード		1普通預金		
			2当座預金		
口座名義人			(ふりがな)		
大河原町長 殿 上記のとおり、妊産婦健康診査費助成の支給を申請(請求)します。 年 月 日 申請(請求)者 住所 氏名					

※ この申請書兼請求書を提出する際は、受診票と領収証を添えて申請(請求)してください。

