

明和町妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

申請者 住 所 明和町 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、妊婦健康診査助成金の交付について、下記のとおり申請します。

1. 妊婦健康診査受診者名

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		出産予定日・出産日	年 月 日
支払額合計	円 ※検査に直接要した金額		

2. 振込先口座

口座振替依頼	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	預金種別 普通・当座 その他（ ）
	フリガナ		口座番号
口座名義人			
添付書類	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査費用が分かる領収書、明細書（原本） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類		

助成額（町記入欄）	確認欄
円	

3. 支払額内訳（※申請の際に記入してください。）

区分	健診年月日	医療機関名	支払額	助成額 (町記入欄)
第1回	年 月 日		円	円
第2回	年 月 日		円	円
第3回	年 月 日		円	円
第4回	年 月 日		円	円
第5回	年 月 日		円	円
第6回	年 月 日		円	円
第7回	年 月 日		円	円
第8回	年 月 日		円	円
第9回	年 月 日		円	円
第10回	年 月 日		円	円
第11回	年 月 日		円	円
第12回	年 月 日		円	円
第13回	年 月 日		円	円
第14回	年 月 日		円	円
		合計額	円	円