年 月 日

五霞町長 様

申請者 住所 五霞町
氏名
連絡先(電話)

五霞町妊産婦健康診査費助成申請書兼請求書

五霞町妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要綱(平成24年五霞町告示第15号)第7条の規定により、次のとおり申請します。また、支給決定後は、次に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

種 別		実施費用額	補助額*町記入欄
対象者氏名 生年月日 年 月 日	妊婦一般健康診査	1回	円
		2回	円
		3回	円
		4回	円
		5回	円
		6回	円
		7回	円
		8回	円
		9回	円
		10回	円
		11回	円
		12回	円
		13回	円
		14回	円
		15回	円
		16回	円
		回	円
		回	円
	回	円	
	回	円	
回	円		
産婦健康診査	1回	円	
	2回	円	
合 計		円	円

(裏)

次の口座に振込み願います。

金融機関名	銀行・農協		支店
種別	当座・普通	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

添付書類

- 1) 申請する回の妊婦一般健康診査受診票 (第17回以降は不要), 産婦健康診査受診票
- 2) 妊婦一般健康診査, 産婦健康診査に要した費用の領収書 (コピー不可)
- 3) 妊婦一般健康診査, 産婦健康診査の受診日及び診査結果の記載された母子健康手帳の写し