

様式第1号 (第6条関係)
日之影町妊産婦・乳児健康診査及び検査費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

日之影町長 様

申請者〔住所〕 日之影町
〔氏名〕 ⑨
〔受診者との続柄〕 ()
〔電話番号〕

次のとおり健康診査及び検査を受けたので、助成金の交付を申請（請求）します。

受 診 者	☐ 申請者 と同じ	ふりがな		生年月日		
		妊産婦氏名		年 月 日		
		ふりがな		生年月日		
		乳児氏名		年 月 日		
種別			回数	受診日	申請額	助成額
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦 ☐ 多胎 ☐ 産婦 ☐ 乳児				年 月 日	円	円
☐ 妊婦子宮頸がん検査			1	年 月 日	円	円
☐ 妊婦歯科健診			1	年 月 日	円	円
☐ 新生児聴覚検査			1	年 月 日	円	円
助成金額の合計					円	

振込希望先

金融機関	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 出張所
口座番号	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
口座名義人			

※医療機関等発行の領収書及び健診等の受診結果が確認できる書類（母子健康手帳コピー等）を添付すること。