

妊婦一般健康診査費用助成申請書

年 月 日

（あて先）胎内市長

申請者 住 所 胎内市
氏 名
電話番号

印

次のとおり、妊婦一般健康診査を受診しましたので、妊婦一般健康診査費用の助成を申請します。

申請額（合計）		金	円	助成額（合計）		金	円
内 訳	第1回	金	円	内 訳	第1回	金	円
	第2回	金	円		第2回	金	円
	第3回	金	円		第3回	金	円
	第4回	金	円		第4回	金	円
	第5回	金	円		第5回	金	円
	第6回	金	円		第6回	金	円
	第7回	金	円		第7回	金	円
	第8回	金	円		第8回	金	円
	第9回	金	円		第9回	金	円
	第10回	金	円		第10回	金	円
	第11回	金	円		第11回	金	円
	第12回	金	円		第12回	金	円
	第13回	金	円		第13回	金	円
	第14回	金	円		第14回	金	円

..... 枠は記入しないでください。

振込先	金融機関名						銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座番号	普通 当座					(左詰記入)		
	口座名義人	ふりがな()							

※ 複数受診される方は、まとめて申請してください。

添付書類 助成対象となる健康診査料金が確認できる領収書等