

妊婦等健康診査等費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長

様

住 所

申請者 氏 名

印

(請求者) 受診者との続柄

電話番号

健康診査等費用に係る助成金の支給を受けたいので、栄町妊婦等の健康診査等に関する要綱第10条第3項の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

助 成 金 請 求 額		円		
受 診 者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
受診医療機関 等 の 名 称			電話番号	
受診医療機関 等 の 住 所				
受 診 の 区 分		受 診 年 月 日	受診健康診査費用額	助 成 金 算 定 額
妊 婦	第1回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第2回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第3回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第4回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第5回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第6回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第7回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第8回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第9回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第10回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第11回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第12回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第13回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第14回受診内容相当	年 月 日	円	円
乳児	第1回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第2回受診内容相当	年 月 日	円	円
新生児	第1回受診内容相当	年 月 日	円	円
産婦	第1回受診内容相当	年 月 日	円	円
	第2回受診内容相当	年 月 日	円	円
1か月児	第1回受診内容相当	年 月 日	円	円

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・支所
	預 金 種 別	☐ 普通・ ☐ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

注 1 この申請書兼請求書には、次に掲げる書類を添付してください。

(1) 受診健康診査費用の領収書

(2) 受診健康診査の結果が記載された書類及び母子健康手帳の健康診査を受けたことを記載した部分の写し

((3) 妊婦一般健康診査又は乳児一般健康診査に係る受診票)

2 振込先は、請求者の預金口座としてください。