

様式第3号(第8条関係)

亶理町妊婦一般健康診査費助成申請書					
受診者	氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
県内医療機関で受診できなかった理由					
健診を受けた医療機関名及び所在地					
健診の種類	初回	2回目 12～15週前後	3回目 16～19週前後	4回目 20～23週前後	5回目 24～25週前後
健診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
健診に要した費用①	円	円	円	円	円
健診の種類	6回目 26～27週前後	7回目 28～29週前後	8回目 30～31週前後	9回目 32～33週前後	10回目 34～35週前後
健診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
健診に要した費用①	円	円	円	円	円
健診の種類	11回目 36週前後	12回目 37週前後	13回目 38週前後	14回目 39週前後	
健診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
健診に要した費用①	円	円	円	円	
申請額 (①の合計)	円				
<p>亶理町長殿</p> <p>上記のとおり妊婦健診に要した費用に関する関係書類(注1)を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 〒 亶理町</p> <p>申請者 { 氏名 _____ (受診者との関係 _____)</p>					

助成金は、下記の口座へ振込願います。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	普通 当座 その他
		金融機関コード	店舗コード	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

(注1) 医療機関等が発行した領収書及び未使用の妊婦一般健康診査受診票