

妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

白川町長 様

関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査費の助成を申請します。

なお、申請の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に対する受診状況等の照会について同意します。

1 対象者

住 所 白川町 _____ 生 年 月 日 _____ 年 月 日
 氏 名 _____ 出 産（予定）日 _____ 年 月 日

2 申請者

住 所 白川町 _____
 氏 名 _____ 印 _____ 対象者との関係 _____（本人・夫・ _____）

3 今回の申請に係る妊婦健康診査（太枠の中を記入してください。）

受診日	医療機関	健診に要した金額	助成金額
合計			

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人			

添付書類 1 母子健康手帳妊娠経過記録欄の頁(写) 2 妊婦健康診査受診票 3 申請に係る領収書

*以下は、白川町記入欄につき記入しないでください。

受付日	年 月 日	助成金額	
-----	-------	------	--