

妊産婦健康診査費助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

大 田 原 市 長 様

住 所 大田原市

申請者

氏 名

妊産婦健康診査費助成について、次のとおり申請・請求いたします。

被 検 査 者	住 所	大田原市			電話番号
	フリガナ 妊婦氏名		生年月日	年	月 日
振 込 先	銀行 本店 信用金庫・信用組合 支店・支所 農業協同組合 出張所				
	(預金種別：普通・当座) 口座番号：		(フリガナ) 口座名義：		

検査年月日				対象受診券	助成決定金額	検査実施機関
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
令和	年	月	日	第 回	円	
合計助成決定金額					円	

- 注 意
- (1) 申請者と太線の中を記入してください。
  - (2) 受診した医療機関の領収書と、受診票を添付してください。
  - (3) 受診日から一年以内に申請してください。