

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 信用金庫・信用組合 農業協同組合			本店 支店・支所 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	
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) 申請者は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。