

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

香美町長 様

申請者 〃 ー
住所 香美町 区
氏名
受診者との続柄（ ）
電話 （ ）

妊婦健康診査費助成申請書

下記のとおり妊婦健康診査にかかる助成を受けたく申請します。

記

受診者 (妊婦)	住所	香美町 区		
	(フリガナ)	電話 ()		
	氏名	生年月日	年 月 日	
母子健康手帳番号				
出産予定日		令和 年 月 日		
受診医療機関名				

香美町長 様

申請者 下 ー
住所 香美町 区
氏名
受診者との続柄（ ）
電話 （ ）

妊婦健康診査費助成申請書（償還払い方式）

下記のとおり妊婦健康診査費にかかる助成を受けたく申請します。

記

申請額		円		
受診者名	住所	香美町 区		
	(フリガナ)	電話 ()		
	氏名	生年月日	年 月 日	

(添付書類)

- 1 妊婦健康診査を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）の写し
- 2 医療機関で発行する領収書の写し（ 枚）

次の金融機関に振込みをしてください。

金融機関名	銀行 ・ 信用（金庫・組合） ・ 農協		
本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所 ・ 支所		
種 別	普通 ・ 当座	口座番号 (記号番号)	
(フリガナ)			
口座名義人			