

妊婦健康診査助成申請書

年 月 日

御船町長 様

申請者 (妊 婦)	住 所	御船町大字			
	氏 名	印			
	生年月日	年 月 日			
	電話番号				
振 込 先	銀行 信用金庫 農協	銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店 支所	
		預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記 号		番 号	
口座名義人 (妊 婦)	フリガナ				
	氏名				

ここは記入しないでください。

回数	受診日	妊娠週数	受診に要した額	助成基準額	助成決定額
初回	年 月 日分	週	円	円	
2	年 月 日分	週	円	円	
3	年 月 日分	週	円	円	
4	年 月 日分	週	円	円	
5	年 月 日分	週	円	円	
6	年 月 日分	週	円	円	
7	年 月 日分	週	円	円	
8	年 月 日分	週	円	円	
9	年 月 日分	週	円	円	
10	年 月 日分	週	円	円	
11	年 月 日分	週	円	円	
12	年 月 日分	週	円	円	
13	年 月 日分	週	円	円	
14	年 月 日分	週	円	円	

合計助成決定額	円
---------	---

(受付確認欄)	
<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 受診票回収（妊婦健診記録）（ 枚） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳コピー