**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 |  |
| 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。