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。