

妊産婦・乳児健康診査費等助成金支給申請書

令和 年 月 日

幸田町長 様

申請者 住所 幸田町大字

ふりがな

氏名

印

電話 ( )

—

下記の妊産婦・乳児健康診査等を受けましたので、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

記

受診票の種類	受診票番号	実施費用	助成額
1 妊婦(第 1 回)	666		※
2 妊婦(第 2 回)			※
3 妊婦(第 3 回)			※
4 妊婦(第 4 回)			※
5 妊婦(第 5 回)			※
6 妊婦(第 6 回)			※
7 妊婦(第 7 回)			※
8 妊婦(第 8 回)			※
9 妊婦(第 9 回)			※
10 妊婦(第 10 回)			※
11 妊婦(第 11 回)			※
12 妊婦(第 12 回)			※
13 妊婦(第 13 回)			※
14 妊婦(第 14 回)			※
15 妊婦(子宮がん)			※
16 乳児(第 1 回)	766		※
17 乳児(第 2 回)			※
18 産婦健康診査	666		
合計			※

※ は町が記入

振込み先金融機関

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			店 所
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	
口座名義人(ふりがな)				
私は、幸田町長が、妊産婦・乳児健康診査費等助成金に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。 千 444 - 令和 年 月 日 申請者 住所 幸田町大字 氏名 印				

※添付書類 ・ 健診結果の記入された受診票 ・ 各領収書