

つるぎ町妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

つるぎ町長 殿

申請者
住所 つるぎ町
氏名
電話

印

妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	氏名	(年 月 日生 歳)							
	住所	つるぎ町	電話						
出産予定日		年 月 日	出産日		年 月 日				
申請合計額		金 円 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩+⑪+⑫+⑬+⑭)							
区分回数	受診日	医療機関名	申請額		区分回数	受診日	医療機関名	申請額	
赤色 第1回	年 月 日		①		ピンク 第8回	年 月 日		⑧	
水色 第2回	年 月 日		②		水色 第9回	年 月 日		⑨	
水色 第3回	年 月 日		③		水色 第10回	年 月 日		⑩	
ピンク 第4回	年 月 日		④		ピンク 第11回	年 月 日		⑪	
水色 第5回	年 月 日		⑤		水色 第12回	年 月 日		⑫	
ピンク 第6回	年 月 日		⑥		水色 第13回	年 月 日		⑬	
水色 第7回	年 月 日		⑦		水色 第14回	年 月 日		⑭	

【振込口座】

金融機関名	銀行・農業協同組合		支店・支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

処理欄		
申請額 計 (I)	委託額 計 (II)	支払決定額 (I)と(II)の金額を比較し少ない額

年 月 日 取扱者 印

※助成限度額（つるぎ町妊婦及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第4条参照）

1. 健康診査費が上限額を超えた場合は、上限額までしか助成（申請）できません。助成（申請）回数は14回までです。

※添付書類

1. 領収書 2. 母子健康手帳の写し 3. 未使用の妊婦一般健康診査受診票

私は、つるぎ町妊婦健康診査費助成申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等閲覧することを承諾します。			
年 月 日	申請者	住所 つるぎ町	印
		氏名	