

妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

住所					
氏名			生年月日	平成・昭和	年 月 日
健康診査をうけた医療機関名					
助成対象健診	受診年月日	支払い金額	助成対象健診	受診年月日	支払い金額
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
回目	年 月 日		回目	年 月 日	
総計	回分	円	助成金	円	
振込先金融機関名	銀行 信金 農協 郵便局 支店	預金種類	普通 ・ 当座		
		口座番号			
		フリガナ			
		口座名義			

上記のとおり、妊婦健康診査を受診したので、助成金を交付されたく申請いたします。

平成 年 月 日
 壬生町長 小菅 一弥 様

申請者 住所 壬生町

氏名 印

電話

< 申請に必要な書類等 >

領収書・壬生町で配布された受診票・母子健康手帳・印鑑・振込口座の通帳

申請にあたっての注意事項

1. 健診を受けた医療機関から領収書(レシート不可)を受け取りご持参下さい。
2. 助成金は県の標準料金に基づく金額です。
3. 助成の請求期限は健診を受診した日から1年以内です。