

妊婦一般健康診査県外受診助成申請書兼請求書

志摩市長 様

申請者(健診受診者)

住所 志摩市

氏名

印

電話番号 ()

申請額 金 _____ 円

妊婦一般健康診査県外受診費用助成の交付を受けたいので、妊婦一般健康診査県外受診費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

(単位：円)

該当欄に印をする	健診回数	健診受診日	自己負担額(ア)	上限額(イ)	助成額(ア)と(イ)のいずれか少ない額	医療機関 所在都道府県名
	前期	. .				
	2 回	. .				
	3 回	. .				
	4 回	. .				
	後期	. .				
	6 回	. .				
	7 回	. .				
	8 回	. .				
	9 回	. .				
	10 回	. .				
	11 回	. .				
	12 回	. .				
	13 回	. .				
	14 回	. .				
					合計	

太枠欄は記入しないでください。

振 込 口 座	金融機関名	銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号	⋮	⋮	⋮	⋮
	フリガナ 口座名義人	-----					