

妊婦一般健康診査県外受診助成申請書兼請求書

(宛先)志摩市長

申請者(健診受診者)

住所 志摩市

氏名

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
	1回	. .				
	2回	. .				
	3回	. .				
	4回	. .				
	5回	. .				
	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	-----					