

様式第1号(第5条関係)

妊婦歯科健康診査市外受診助成申請書

年 月 日

(宛先)志摩市長

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

志摩市妊婦歯科健康診査費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額(請求額)	円		
受診者氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所	志摩市		
受診日	年 月 日		
歯科健診を受けた医療機関	医療機関名 住 所		
助成金の振込先	銀行・農協 信用・信組		本店・支店 出張所
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		