

様式第1号(第6条関係)

県外医療機関等における妊婦一般健康診査費助成申請書

妊婦(受診者)	住所	上板町					
	フリガナ 氏名	電話					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
妊婦健康診査 受診医療機関	所在地						
	名称						
母子健康手帳発行日	平成	年	月	日	交付番号		
出産日	平成	年	月	日			
健診の回数	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回
	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

(内訳) 本人支払額 \_\_\_\_\_ 円  
(別紙領収書のとおり)

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

上板町長 殿

申請書(受診者) 住所 上板町  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(受診者との関係 \_\_\_\_\_ )

上記請求による妊婦一般健康診査費助成金を下記の口座に振り込みを依頼します。

	銀行・金庫・農協	本店・支店・支所・出張所	
預金種別	口座番号	口座名義人	フリガナ
1. 普通貯金			
2. 当座預金			