

妊産婦及び生後1ヶ月児健康診査費助成申請書

年 月 日

棚倉町長 湯座一平 様

申請者名 氏 名 印

住 所 棚倉町大字

電話番号 — —

棚倉町妊産婦及び生後1ヶ月児健康診査規則に基づき受診しましたので、下記のとおり必要書類を添えて助成を申請します。

健康診査種別	妊婦健康診査 ・ 産後1ヶ月健康診査 ・ 生後1ヶ月児健康診査		
受診者名		生年月日	年 月 日
受診者住所 〔申請者と異なる 場合のみ記入〕	棚倉町大字 字 (電話番号) — —		
保護者名 〔生後1ヶ月児健診 申請者のみ記入〕		母子健康 手帳番号	—
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所	種 別 普通 ・ 当座
	フリガナ 口座名義人		口座番号
申請額	妊産婦健診 : 上限5,750円 生後1ヶ月児健診 : 上限5,000円 円		
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関からの領収書又は、保険診療証明 ・ 母子健康手帳における健康診査の記録（写し） ・ 預金通帳（振込希望口座）の写し 		

※ 領収書を提出できない場合

保 険 診 療 証 明 欄			
平成 年 月 診療分	健康診査受領金額	円	(保険適用分は、含まない)
上記のとおり証明します。			
年 月 日	医療機関	所在地	
		名 称	
		氏 名	印

交付決定額	円
-------	---