

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

申請者名 氏 名

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2週間健康診査・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 信用金庫 農協	本店 支店 支所	種 別	普通 ・ 当座
	フリガナ 口座名義人			口座番号	
申請額		円			
添付書類		・ 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					
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
-------	---