

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
必要書類を添付します。

生後1ヶ月児健康診査の場合は、
お子さんのお名前となります。

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	棚倉 太郎	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 棚倉 字 中居野68-1 (電話番号) ●●● — ●●●● — ●●●●		
保護者名 〔生後1ヶ月児健診 申請者のみ記入〕	棚倉 花子	母子健康 手帳番号	□△ — □△
振 込 先	金融機関名	棚 倉 銀行 信用金庫 役場 本店 支店 支所 農協	種 別 普通 ・ 当座
	フリガナ 口座名義人	たなぐら はなこ 棚倉 花子	口座番号 1234567
申請額	_____ 円 申請者の口座を記入ください。		
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
領収書を紛失された方は、医療機関 にて記入してもらい、提出ください。			

交付決定額	円
-------	---