

大間町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

大間町妊産婦及び乳児健康診査等費用助成申請書

下記のとおり、関係書類を添えて妊産婦及び乳児健康診査等費用の助成を申請します。

記

(※太枠部分は記入しないでください。)

区分	受診票	受診年月日	支払い金額 (ア)	※ 助成限度額 (イ)	※ 助成交付額 (ア)・(イ)いずれか少ない額
妊婦	第 回	年 月 日			
	第 回	年 月 日			
	第 回	年 月 日			
	第 回	年 月 日			
	第 回	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
産婦	第1回目	年 月 日			
	第2回目	年 月 日			
聴覚	新生児聴覚 (初回検査)	年 月 日			
	新生児聴覚 (確認検査)	年 月 日			
乳児	第1回目	年 月 日			
	第2回目	年 月 日			
合計					

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・信魚連 労働金庫			本店・支店 支所・出張所			
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人							

《添付書類》

- ・医療機関が発行する領収書、明細書（原本）
- ・健診等の結果が記録された母子健康手帳の写し
- ・未使用の受診票
- ・通帳のコピー