

島本町妊婦健康診査費用助成申請書

島本町長様

年 月 日

申請者 住 所 島本町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

島本町妊婦健康診査実施要綱第7条第2項の規定により、次のとおり公費負担を申請します。
 なお、公費負担については、次の口座へ振込みを依頼します。

受診者	氏名					
受診医療機関・助産院	医療機関名・助産院名					
	所在地					
振込先口座	金融機関名	銀行・信金 農協・組合				支店
	口座番号					預金種別
	フリガナ					普通 ・ 当座
	口座名義					

*以下は記入しないでください。

受診日	①使用券種	②健診に伴う個人負担額	支給決定額 (①と②のいずれか少ない額)
1	年 月 日	円	円
2	年 月 日	円	円
3	年 月 日	円	円
4	年 月 日	円	円
5	年 月 日	円	円
6	年 月 日	円	円
7	年 月 日	円	円
8	年 月 日	円	円
9	年 月 日	円	円
10	年 月 日	円	円
11	年 月 日	円	円
12	年 月 日	円	円
13	年 月 日	円	円
14	年 月 日	円	円
多胎15	年 月 日	円	円
多胎16	年 月 日	円	円
多胎17	年 月 日	円	円
多胎18	年 月 日	円	円
多胎19	年 月 日	円	円
合計		円	円