

妊産婦健康診査助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

宇多津町長 様

妊産婦健康診査費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

〒

住所	都道府県	市郡	町村
電話番号()			
(フリガナ)			

申請者(健診を受けられたの方のお名前)

(代理人氏名 妊産婦との続柄:)

金額		万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---

妊産婦健康診査費償還払請求金額の内訳

健診日	年度	様式	町が指定する項目に 対しての健診費用	助成額
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
令和 年 月 日	6・7	1・2・3・9・4・19・20	円	円
合計				円

注) 助成金額は支払額と町の契約単価のいずれか低い金額になります。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合						支店 出張所	
	預金の種別	普通・当座	口座番号						
	(フリガナ)								
	口座名義人								

※受診票、領収書並びに明細書、母子健康手帳と併せて持参してください。
※申請書に記載された個人情報、本事業の執行に伴う業務以外には使用しません。