

篠栗町妊婦健康診査費助成交付申請書

年 月 日

篠栗町長 様

（申請者）

住 所 篠栗町

氏 名

妊婦健康診査を受けましたので、篠栗町妊婦健康診査実施要綱第10条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、領収書及び健診結果等を添付し、下記のとおり申請します。

記

1 助成金交付申請の理由

- (1) 県医師会に未加入の医療機関等で受診（受診医療機関名： ）
- (2) 里帰りなどにより県外の医療機関等で受診（受診医療機関名： ）
- (3) その他（ ）

2 助成金交付申請額

受診者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)
	住 所	篠栗町 電話 -		
	妊娠届出日	年 月 日	母子手帳番号	
補助券の種類	健診日 (週数)	支払額 (円)		助成額 (円)
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円
	年 月 日 (週)	円		円

3 振込み預金口座（対象者名義）

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支所	普通・当座	口座 番号
	口座名義人		

【補助券の種類】 ①基本 ②基本+初期血液 ③基本+超音波 ④基本+貧血
 ⑤基本+超音波・貧血・血糖 ⑥基本+クラミジア ⑦基本+GBS