

寒川町妊産婦健康診査費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所 \_\_\_\_\_

(申請者) 氏名 \_\_\_\_\_

(妊産婦との続柄: \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

※太枠の中をご記入ください。

対象妊産婦	住所	寒川町												
		※現住所が町内でない場合												
	(フリガナ) 氏名	( )						妊産婦健康診査 費用補助券No						
	個人番号													
電話番号	( )						妊産婦健康診査 を受けた期間	年	月	日から	年	月	日まで	

(補助券を使用しなかった妊婦健康診査についてご記入ください。)

受診日	医療機関等の名称	回目	医療機関に 支払った額	基準額	助成額
年 月 日		1回目	円	12,000円	円
年 月 日		2回目	円	5,000円	円
年 月 日		3回目	円	5,000円	円
年 月 日		4回目	円	5,000円	円
年 月 日		5回目	円	5,000円	円
年 月 日		6回目	円	5,000円	円
年 月 日		7回目	円	5,000円	円
年 月 日		8回目	円	5,000円	円
年 月 日		9回目	円	5,000円	円
年 月 日		10回目	円	5,000円	円
年 月 日		11回目	円	5,000円	円
年 月 日		12回目	円	5,000円	円
年 月 日		13回目	円	5,000円	円
年 月 日		14回目	円	5,000円	円

※裏面もご記入ください。

(助成額合計④) 円

(補助券を使用しなかった産婦健康診査についてご記入ください。)

受診日	医療機関等の名称	回目	医療機関に 支払った額	基準額	助成額
年 月 日		産後2週		5,000円	円
年 月 日		産後1月		5,000円	円
				(助成額合計⑥)	円

(助成金を振り込む口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行(農協・金庫)		本(支)店
フリガナ	種 別	普通 ・ 当座	
口座名義人	口座番号		

(口座番号は右詰めでご記入ください)

申請に対し、次のとおり決定してよろしいか。また、別紙のとおり通知してよろしいか。

決定	妊婦健康診査 (助成額合計④)	<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 支給しない(理由: )	
	産婦健康診査 (助成額合計⑤)	<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 支給しない(理由: )	
	寒川町妊産婦健康診査費用助成金支給額 (助成額合計④+⑤)		円
課長	技 幹	副主幹等	担 当
			起案
			年 月 日
			決裁
			年 月 日
			通知
			年 月 日