

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 寒川町		
		※現住所が町内でない場合 〒		
	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( _____ )	妊産婦健康診査 費用受診券・ 補助券 No	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

(受診券・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	該当回	医療機関に 支払った額	補助券 基準額	受診券 基準額	助成額
年 月 日		回目	円	12,000円	22,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	11,500円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	11,500円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円
年 月 日		回目	円	5,000円	6,000円	円

※裏面もご記入ください。

(助成額合計④) 円

(受診券・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	該当回	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
					(助成額合計④+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)