

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

妊産婦・乳児一般健康診査及び妊婦・乳幼児精密健康診査費用
助成申請書

大 田 市 長

住 所 大田市

申請者氏名

電話番号

下記の通り申請いたします。

記

健診種別 (該当に○)	妊婦健診 (1 回目、2 回目、3 回目、4 回目、5 回目、6 回目、7 回目、8 回目、 9 回目、10 回目、11 回目、12 回目、13 回目、14 回目) 産婦健診 (1 回目・2 回目) 乳児健診 (1 か月 ・ 9 ~ 11 か月)						
受診者氏名 (母)			生年月日	年 月 日			
受診者氏名 (児)			生年月日	年 月 日			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協					
		本店・支店・出張所					
	口座種別	普通預金 ・ 当座預金					
	口座番号						
	口座名義 ※カタカナで記入						
備考	添付物： 領収書・明細書・母子手帳・母子手帳別冊						
助成金額	円						

市担当課記入欄

受付印	添付書類チェック
	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座がわかるもの (写) <input type="checkbox"/> 母子手帳 (写) <input type="checkbox"/> 母子手帳別冊