

(様式第2号)

寒河江市妊婦健康診査費助成事業申請書

令和 年 月 日

寒河江市長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

寒河江市妊婦健康診査費助成事業について、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)						
氏名	(印)					
生年月日	昭和 年 月 日生まれ 平成					
住所	〒 - 寒河江市 電話 ( )					
対象になる妊婦健康診査 内訳	健康診査月日		検査費用	健康診査月日		検査費用
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
	月 日 ( 週)	円	月 日 ( 週)	円		
妊婦健康診査支払額						円
妊婦健康診査助成申請金額						円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協				本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		口座名義人		
	口座番号					(左詰で記入してください)
受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日			

- 注) 1 太枠内をご記入ください。  
2 母子健康手帳交付時に配布した妊婦健康診査受診券を使用した妊婦健康診査については対象となりません。  
3 助成金振込先の金融機関は、妊婦本人名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ①母子健康手帳の妊婦健康診査の写し
- ②医療機関の領収書の写し
- ③未使用の妊婦健康診査受診票
- ④本人名義の通帳の写し