

(様式第2号)

寒河江市妊婦健康診査費助成事業申請書

市長名をお書きください。  
寒河江市長 殿

申請日をお書きください。  
令和 年 月 日

申請者氏名 寒河江 花子 (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)	さがえ はなこ						
氏名	寒河江 花子 (印)						
生年月日	(昭和) ×× 年 8 月 6 日生まれ 平成						
住所	〒 99× - ×××× 寒河江市 中央〇丁目〇番〇号 電話 0237 ( □□ ) □□□□						
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			
	〇月 〇日 ( 〇 週)	△△△ 円	月 日 ( 週)	円			
	〇月 〇日 ( 〇 週)	△△△ 円	月 日 ( 週)	円			
	〇月 〇日 ( 〇 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	(検査費用額を合計してください)					円	
妊婦健康診査助成申請金額	(ホームページの助成額の説明をご覧ください)					円	
振込先	金融機関名	〇〇〇 (銀行) 金庫 組合 農協 〇〇〇 (本店) 支店 出張所					
	預金種別	(普通) 当座		口座名義人	寒河江 花子		
	口座番号	1	2	3	4	5 6 7 (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】

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