

妊婦・産婦・乳児健康診査費助成金支給申請書

年 月 日

志賀町長 様

申請者

住所 志賀町

氏名

印

電話

—

受診者氏名 (妊産婦)		(乳児)				
(年 月 日生)		(年 月 日生)				
支給申請額	円	健診受診票交付番号 (母子保健のしおり)				
受診票種類	受診月日	医療機関名	受診者負担額 (A)	支給限度額 (B)	支給申請額 (A)と(B)の小さいもの	
妊婦1回目	月 日		円	円	円	
妊婦2回目	月 日		円	円	円	
妊婦3回目	月 日		円	円	円	
妊婦4回目	月 日		円	円	円	
妊婦5回目	月 日		円	円	円	
妊婦6回目	月 日		円	円	円	
妊婦7回目	月 日		円	円	円	
妊婦8回目	月 日		円	円	円	
妊婦9回目	月 日		円	円	円	
妊婦10回目	月 日		円	円	円	
妊婦11回目	月 日		円	円	円	
妊婦12回目	月 日		円	円	円	
妊婦13回目	月 日		円	円	円	
妊婦14回目	月 日		円	円	円	
多胎・超過1回目	月 日		円	円	円	
多胎・超過2回目	月 日		円	円	円	
多胎・超過3回目	月 日		円	円	円	
多胎・超過4回目	月 日		円	円	円	
多胎・超過5回目	月 日		円	円	円	
産婦	月 日		円	円	円	
乳児1回目	月 日		円	円	円	
乳児2回目	月 日		円	円	円	
合計					円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合				本店 支店 支所
	種別	普通 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)					
私は、志賀町長が妊婦・産婦・乳児健康診査費助成金支給申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。					氏名 印	

※太枠内は記入不要です。

*受診日から1年以内に申請してください。