

# 記入例

志賀町長 様

申請者

住所 志賀町高浜町カ1-1

氏名 志賀 はな子

電話 32 - 0339



受診者氏名 (妊産婦) <b>志賀 はな子</b> (乳児)		(平成 2 年 5 月 5 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)	55555									
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	4 月 3 日	〇〇病院			円							
妊婦10回目	5 月 12 日	〇〇病院			円							
妊婦11回目	6 月 15 日	〇〇病院			円							
妊婦12回目	月 日				円							
妊婦13回目			円	円	円							
妊婦14回目			円	円	円							
多胎・超過1回目			円	円	円							
多胎・超過2回目			円	円	円							
多胎・超過3回目			円	円	円							
多胎・超過4回目			円	円	円							
多胎・超過5回目			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	〇〇	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		1	2	3	4	5	6	7	
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	シカ ハナコ 志賀 はな子										
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		志賀 はな子		

\* 受診日から1年以内に申請してください。

