

松川町妊婦健康診査補助金交付申請書(請求書)

補助金決定金額 円

※この欄には記入しないでください

松川町長 殿

母子健康手帳、領収書を添えて上記金額を請求します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 (印)

個人番号

振込先	銀行 信用金庫 農協 ゆうちょ銀行		本店 支店 支所	口座番号		普通 当座		
	フリガナ			講座名義人 (本人口座に限ります)				
健診内容	妊娠 週数	妊婦健診年月日	自己負担額	補助金上限額			補助額	
				基本健診	追加検査	計		基本
妊婦健康診査受診事項、 乳児健診	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							
	超音波健診1回目							
	超音波健診2回目							
	超音波健診3回目							
	超音波健診4回目							
乳児健診								
				自己負担額計	補助額計			

<役場記入欄>

上記事実の確認

上記の通り、届のあったことを確認します。

確認者

(印)