

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

記入カ所

母子健康手帳、領収書を添えて上記金額を請求します。

○年 ○月 ○日

住所 松川町元大島〇〇〇〇

氏名 松川 花子 (印)

個人番号

振込先	松川	銀行 信用金庫 農協 ゆうちょ銀行	松川	本店 支店 支所	口座番号	普通 当座				
					フリガナ	マツカワ ハナコ				
					口座名義人 (本人口座に限ります)	松川 花子				
妊婦健康診査受診事項、 乳児健診	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	超音波検査				計	基本	追加 超音波	
	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									
	11回目									
	12回目									
	13回目									
14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)