

様式第1号(第6条関係)

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。

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				
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	
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								
	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