

別記第1号様式(第4条関係)

串本町妊婦健康診査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
氏 名 (印)
助成対象者との続柄 ()
電 話

次のとおり関係書類を添えて妊婦健康診査費の助成を申請及び請求します。
また、本申請に関し、町が保有する個人情報を見ることが同意します。

区 分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
助成対象者(受診者)	()	年 月 日 (歳)
助成対象者の配偶者※	()	年 月 日 (歳)
助成対象者の住所	〒 電話 串本町	
・妊婦健康診査受診のため支出した額 金 _____ 円 ・申請金額 金 _____ 円 (上限: _____ 円)		

(振込先)

口座 名義	名義(カナ)										
	名義(漢字)										
振込 口座	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所				
		預金種別	普通・当座		口座番号						
	ゆうちょ銀行	種 別		記 号		番号(右詰めで記入)					
		総合口座(通常貯金)									

注1 添付書類

- (1)妊婦健康診査費支払証明書
- (2)医療機関等が発行した領収書(助成対象者が妊婦健康診査費として支払った額を確認できるもの)
- (3)妊婦健康診査受診票(県外の医療機関等が当該申請に係る健診結果等を記載したもの)

注2 申請者欄には、助成対象者(受診者)又はその配偶者の氏名を記載してください。なお、助成対象者(受診者)が申請者となる場合は、※欄は記入不要です。

注3 振込先の口座名義は申請者名としてください。