

第1号様式

日の出町里帰り等妊婦健康診査費補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

申請日は記入しないでください。

日の出町長 田村 みさ子 殿

申請者 住所 日の出町大字〇〇〇〇〇〇
氏名 〇〇 〇〇〇
電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇
妊婦氏名	〇〇 〇〇〇

出産日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
-----	------------------

受診回数	受診日	補助額
初回	令和 年 月 日	円
子宮頸がん	令和 年 月 日	円
2回目	令和 年 月 日	円
3回目	令和 年 月 日	円
4回目	令和 年 月 日	円
5回目	令和 年 月 日	円
6回目	令和 年 月 日	円
7回目	令和 年 月 日	円
8回目	令和 年 月 日	円
9回目	令和 年 月 日	円
10回目	令和 年 月 日	円
11回目	令和 年 月 日	円
12回目	令和 年 月 日	円
13回目	令和 年 月 日	円
14回目	令和 年 月 日	円
超音波	令和 年 月 日	円
合計		円

記入しないでお越してください。
申請時に領収書等を確認し記入します。

金額欄は記入しないでください。

振込先金融機関		口座番号	ふりがな
秋川	銀行	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義人
	信用金庫		〇〇〇 〇〇〇
	農協		〇〇 〇〇〇

備考

- 母子健康手帳の「妊娠の経過」の部分の写しその他補助対象となる妊婦健康診査を受診したことが確認できる書類の写しを添付してください。
- 振込先の口座番号等が確認できるもの（通帳）をお持ちください。
- 未使用の受診票をお返しくください。

