

第1号様式

妊婦健康診査費補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

日の出町長

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

ふりがな		出産日	令和 年 月 日
妊婦氏名			

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	
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
超音波	令和 年 月 日	円
超音波	令和 年 月 日	円
超音波	令和 年 月 日	円
合計		円

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

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）と認印をお持ちください。
- 未使用の受診票をお返しくください。