

年 月 日

東員町長 水谷 俊郎 様

(申請者) 住 所 東員町大字山田1600

- ・妊婦健診の申請者は必ず妊婦さんの氏名を記入
- ・乳児健診の申請者は保護者の氏名を記入

氏 名 三重 花子 印

電話番号 0594-86-2803

捺印をお願いします。

東員町妊婦及び乳児一般健康診査費補助金交付申請書

東員町妊婦及び乳児一般健康診査費補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

受診医療機関名		記				
〇〇〇〇病院		妊婦健診または乳児健診と記入				
区 分	妊婦	・1回 ・6回 ・11回	・2回 ・7回 ・12回	・3回 ・8回 ・13回	・4回 ・9回 ・14回	・5回 ・10回
	乳児	・4か月	・10か月			
交付申請額		円				
町処理欄	交付決定額	円				

医療機関名記入

妊婦健診または乳児健診と記入

空白にしてください。

当てはまる項目に○をつけてください。

(添付書類)

- 1) 妊婦及び乳児一般健康診査結果票
- 2) 領収書等健康診査費用が確認できるもの(コピー不可)

2号様式(第4条関係)

日付は抜いてください

年 月 日

東員町長 水谷 俊郎 様

(申請者)住所 東員町大字山田1600

- ・妊婦健診の申請者は必ず妊婦さんの氏名を記入
- ・乳児健診の申請者は保護者の氏名を記入

氏名 三重 花子 印

電話番号 0594-86-2803

捺印をお願いします。

東員町妊婦及び乳児一般健康診査費補助金請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった東員町妊婦及び乳児一般健康診査費補助金について、下記のとおり請求します。

請求金額 金 _____ 円

空白にしてください。

(振込先)

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
口座番号	123456	口座種別	普通・当座
フリガナ	ミエ ハナコ		
口座名義人	三重 花子		

振込先につきまして、原則申請者となりますが、配偶者も認められます。