

別記様式第1号(第7条関係)

厚岸町妊産婦一般健康診査及び乳児健康診査等助成申請書

年 月 日

厚岸町長 様

郵便番号  
申請者 住所  
氏名  
電話番号

厚岸町妊産婦一般健康診査及び乳児健康診査費等の助成を受けたいので、書類を添えて提出します。

対象者氏名		生年月日	
住 所	厚岸町	電話番号	
妊娠届出日	年 月 日	出産(予定)日	年 月 日
受診医療機関名			
申 請 額	円		
振 込 口 座	(ふりがな) 口座名義人名		
	金融機関名称	銀行・金庫 店	
	口 座	普・当	口座番号

※ 申請には、医療機関が発行する領収書の写しを添付すること。

※ 記入しないでください。

妊婦一般健康診査回数	回	超音波検査回数	回
		妊婦精密健康診査回数	回
産婦健康診査回数	回		
乳児健康診査回数	回	乳児精密健康診査回数	回
申請額	基準額	助成決定額	
円	円	円	