

別記様式第1号（第4条関係）

申 請 書

平成 年 月 日

厚岸町長 様

〒

申請者 住所

氏名

電話番号

厚岸町妊婦健康診査通院支援事業について、次のとおり申請します。

対象者氏名		生年月日	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			
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、母子健康手帳等を提示すること。