

申 請 書

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<br>機 関 名 |        |         |           |       |
| 振 込 口 座          | 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。

※振込口座欄には、郵便局を除く対象者名義の金融機関口座を記入すること。