

別記様式第1号(第4条関係)

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。