

様式第1号

(第5条関係)

妊産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

平泉町長 様

申請者 〒

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり妊産婦健康診査費助成金の交付を申請します。

記

(※太枠部分には記入しないで下さい。)

健康診査名	妊婦一般健康診査・産婦健康診査			
交付申請額	円			
受診した 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
受診月日	※ 受診区分	健診料金 (ア)	※ 助成限度額 (イ)	※ 支給決定額 (ア)と(イ)の内 少ない方
年 月 日	第 回			
年 月 日	第 回			
年 月 日	第 回			
年 月 日	第 回			
年 月 日	第 回			
年 月 日	第 回			
年 月 日	子宮頸がん 検診			
	合計			

※添付書類

①妊婦一般健康診査受診票・産婦健康診査票

②健康診査における医療機関の発行する領収書（原本）（レシートは不可）

※申請の際には、母子健康手帳と印鑑（認印可）、振込先の預金通帳を持参してください。

※平泉町記入欄	(承認・不承認) 決定年月日	
	年 月 日	