

別記第1号様式（第8条関係）

課長	補佐	係長	係

妊婦一般健康診査費用追加助成金交付申請書

平成 年 月 日

新得町長 様

住 所： 新得町
申請者 氏 名： 印
(妊婦との続柄)

関係書類を添えて妊婦一般健康診査費用の助成を申請します。

申請金額	円
------	---

妊 婦 氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生まれ (歳)		
受診医療機関名		所 在 地	都・府・県
振込先金融機関	信用金庫 本店	口座番号	
	農 協 ・ 銀 行 支店	口座名義	

(添付書類)

- 健康診査の受診状況が記録されている母子健康手帳の写し
- 健康診査に係る費用の領収書

※以下は記入不要です。(町記入欄)

課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
納 税 状 況	<input type="checkbox"/> 完納	<input type="checkbox"/> 未納
助成の可否	承認・不承認 (理由)	