様式第２号（第６条関係）

妊産婦及び１か月児健康診査費助成申請書

年　　月　　日

高根沢町長　神林　秀治　様

申請者	住　所		電話番号	
	ふりがな		生　年　月　日	
	氏　名	印	昭和 平成　　年　　月　　日(　　歳)	
振込金融機関	銀　行 農　協 信用組合 信用金庫	本　店 支　店 支　所 出張所	口座番号	
			ふりがな	
			口座名義	

受付
年月日

受診済証・領収書は別添のとおり

※　この欄は記入しないでください。

決裁	所長	係長	係		伺	令和　年　月　日
					決　定	令和　年　月　日
					支給日	令和　年　月　日

審　査　結　果

１　承　認　　２　不承認（理由：　　）

健診受診日		支払金額(健診料金)	支給金額	健診受診日		支払金額(健診料金)	支給金額
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
回目	年　月　日	円	円	回目	年　月　日	円	円
産後２週間健診	年　月　日	円	円	産後１か月健診	年　月　日	円	円
１か月児健診	年　月　日	円	円	合計金額		円	