

妊産婦及び1か月児健康診査費助成申請書

高根沢町長 様 年 月 日

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	本店	口座番号	
	農協	支店	ふりがな	
	信用組合	支所	口座名義	
	信用金庫	出張所		

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					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支給日	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
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