

国富町里帰り等妊産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

国富町長 殿

私は、国富町里帰り等妊産婦健康診査助成金を下記のとおり申請兼請求します。なお支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

記						
請 求 者	郵便番号		TEL			
	現住所	東諸県郡国富町大字				
	フリガナ					
	氏名	㊞ 旧姓（ ）				
	出産日	令和 年 月 日	母子健康手帳番号	— —		

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を（ ）書き

助成金請求内訳

※太枠は国富町が記載

助 成 請 求 額	妊産婦健康診査 種別	健診受診年月日			領収書の額 (A)		助成限度額 (B)		申請額 (A) と (B) で いずれか少ない額	
	1 回目	年	月	日	円	円	円			
	2 回目	年	月	日	円	円	円			
	3 回目	年	月	日	円	円	円			
	4 回目	年	月	日	円	円	円			
	5 回目	年	月	日	円	円	円			
	6 回目	年	月	日	円	円	円			
	7 回目	年	月	日	円	円	円			
	8 回目	年	月	日	円	円	円			
	9 回目	年	月	日	円	円	円			
	10 回目	年	月	日	円	円	円			
	11 回目	年	月	日	円	円	円			
	12 回目	年	月	日	円	円	円			
	13 回目	年	月	日	円	円	円			
	14 回目	年	月	日	円	円	円			
	多胎 1 回目	年	月	日	円	円	円			
	多胎 2 回目	年	月	日	円	円	円			
	多胎 3 回目	年	月	日	円	円	円			
	多胎 4 回目	年	月	日	円	円	円			
	多胎 5 回目	年	月	日	円	円	円			
	子宮頸がん検診	年	月	日	円	円	円			
	産婦 2 週間	年	月	日	円	円	円			
	産婦 1 か月	年	月	日	円	円	円			
	1 か月児	年	月	日	円	円	円			
合 計		回	円			円				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		種別	普通 当座		
	口座番号							左詰記入		
	フリガナ									
	口座名義									