

妊婦健診費用助成申請書

平成 年 月 日

大熊町長 渡辺 利綱 様

申請者住所

申請者氏名

印

被健診者氏名

被健診者生年月日 昭和・平成 年 月 日生

申請者と口座名義人は一緒にする。

シャチハタは無効。

妊婦健診助成金は、下記の金融機関の口座にお振込みください。

銀行 支店

口座番号

口座の名義人

(注意1) 健診種費用助成金は、契約に基づく金額になります。

妊婦健診実施証明書

上記の者の妊婦健診を実施したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

病院で記入してもらってください。

健診受診票番号

健診年月日

平成 年 月 日

(注意3) 健診一回につき一枚の申請書になります。