

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

大熊町の住所・妊婦の氏名を記入

妊婦の氏名・生年月日を記入

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 (満 歳)

妊婦の口座に限る。
夫(代理人)の口座の場合は、ご連絡ください

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) 健診費用助成金は、医療機関に支払った金額になります。

(注意2) 郵便局以外の金融機関になります。

妊婦健診実施証明書

病院で記入してもらってください

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

健診受診票番号

健診年月日

平成 年 月 日

(注意3) 健診回につき一枚の申請書になります。