

上島町妊婦一般健康診査費用助成申請書

年 月 日

上島町長 様

申請者（健診受診者）

〒

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 (_____) _____

下記のとおり委託医療機関以外で受診しましたので、関係書類を添えて、上島町妊婦一般健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

委託医療機関以外 で受診する理由			
受診医療機関名		出 産 日	年 月 日

助成対象健診		健診受診日	助成申請額
A 券	受診票第1回	月 日	円
	受診票第2回	月 日	円
	受診票第3回	月 日	円
	受診票第4回	月 日	円
	受診票第5回	月 日	円
B 券	受診票第1回	月 日	円
	受診票第2回	月 日	円
	受診票第3回	月 日	円
	受診票第4回	月 日	円
	受診票第5回	月 日	円
	受診票第6回	月 日	円
	受診票第7回	月 日	円
	受診票第8回	月 日	円
	受診票第9回	月 日	円
合 計			円

（注）助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とする。ただし、上島町妊婦一般健康診査実施要綱別表の限度額を上限とする。

町担当者確認欄： （添付書類） ☐ 領収書 ☐ 受診票 ☐ 母子手帳（写）

上島町妊婦一般健康診査費用助成請求書

年 月 日

上島町長 様

住所 _____
氏名 _____ 印
電話 () —

下記のとおり助成金の請求をいたします。

記

請求金額	円
------	---

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店／支所 出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
フリガナ 口座名義人		