

道外医療機関等妊婦健診費助成申込書

令和 年 月 日

千歳市長 山口 幸太郎 様

申込者 住所  
 氏名 印  
 受給者との続柄  
 (申込者が本人以外の場合ご記入ください)  
 電話番号  
 携帯電話番号

妊婦健診費助成金の支給をうけたいので、関係書類を添えて申込みます。

<b>受給者氏名</b>		<b>生年月日</b>		昭和・平成	年	月	日
<b>妊娠届出日</b>		平成・令和	年	月	日	<b>出産予定日</b>	
受診票・超音波		<b>健診受診日</b>	<b>健診医療機関等名</b>		<b>医療機関等住所</b>		
1		年 月 日					
2	超音波	年 月 日					
3		年 月 日					
4		年 月 日					
5		年 月 日					
6	超音波	年 月 日					
7		年 月 日					
8		年 月 日					
9		年 月 日					
10	超音波	年 月 日					
11		年 月 日					
12	超音波	年 月 日					
13	超音波	年 月 日					
14	超音波	年 月 日					
<b>振込先</b>	<b>金融機関名</b>		<b>支店名</b>		<b>口座番号 普・当・その他)</b>		
					(左詰記入)		
	<b>フリガナ 口座名義人</b>						
<b>決定欄</b>	決 課		係		<b>決定年月日</b>		令和 年 月 日
	裁 長		長				
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由： 支給額						
円 (受診回数に対する支給上限額							円)