

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 横田 隆一 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。

受給者氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日		
妊娠届出日		令和 年 月 日		出産予定日		
受診票・超音波		健診受診日		健診医療機関等名		
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				
振 込 先	金融機関名		支店名		口座番号 普・当・その他)	
					(左詰記入)	
	フリガナ					
		口座名義人				
※ 決 定 欄	決	課	係	係	決定年月日	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)					