

益田市妊婦一般健康診査費支給申請書

年 月 日

益 田 市 長 殿

申請者 住所
氏名 印
電話 (続柄 本人)

妊婦・乳児一般健康診査事業実施要領第8条に基づき、下記のとおり申請します。
なお、交付が決定した場合には下記の口座に振り込んで下さい。

未使用の妊婦一般健康診査受診票

1回 2回 3回 4回 5回 6回 7回
8回 9回 10回 11回 12回 13回 14回

※太枠内をご記入ください。太枠外は市が記入します。

	受診年月日	週数	実施費用額	上限額	支給額	備考
妊 婦 健 診	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
	. .					
合計						

*支給額は、実施費用額と上限額のどちらか低い額になります。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金 種別	普 通 当 座 ()
	口座番号等 左詰記載してください			
	口座名義人 (カタカナ)			

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。