

様式第1号(第8条関係)

新宮町妊婦健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)新宮町長

申請者 住 所 新宮町

氏 名

電話番号

妊婦健康診査に係る費用の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	新宮町 ※申請者と同じ場合は記入不要		

☐妊婦健康診査(回分) ☐多胎妊婦健康診査(回分)

補助金請求額	円
--------	---

【補助金振込先(申請者と同名義)】

銀行 農協 信用金庫		本店 支店 所
普通 ・ 当座		口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

添付書類

- (1)医療機関等が発行した領収書(受診した妊婦健診の内容が確認できるもの)
- (2)母子健康手帳の当該申請に係る妊婦健診の記録欄の写し
- (3)受診した健診項目の受診券