

様式第 15 号 (第 9 条関係)

妊産婦一般健康診査費助成金交付申請 (請求) 書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり妊産婦一般健康診査費助成金を申請 (請求) します。

請求金額 円

妊産婦	住 所	日出町
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	電話番号	
振込先口座	金融機関	支所・支店
	口座種別	普 通
	口座番号	
	口座名義人	ふりがな

*添付書類

- ・健康診査の結果が記載された受診票
- ・領収書

※この用紙は、A4判の大きさとする。