

妊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

印

下記のとおり妊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 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