

別記様式（第4条関係）

下松市妊婦健康診査事業補助金交付申請書（請求書）

年 月 日

下松市長 様

申請者 住所 下松市 ○○町○番○号

氏名 下松 星子

次のとおり妊婦健康診査を受診しましたので、補助金の交付について申請（請求）します。

交付申請額（請求額）【妊婦健康診査】

番号	受診	区 分	受診年月日	申請額（請求額）
1	<input type="checkbox"/>	基本・超音波・初回血液検査・子宮がん	. .	円
2	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
3	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
4	<input type="checkbox"/>	基本・超音波検査	. .	円
5	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
6	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
7	<input type="checkbox"/>	基本	. .	円
8	<input type="checkbox"/>	基本・超音波・血算・血糖	. .	円
<p><b>この欄は、記入しないでください。</b></p> <p><b>受診した健診の領収書を確認します。</b></p>				
合 計 額				円

交付申請額（請求額）【多胎妊婦健康診査】

番号	受診	区 分	受診年月日	申請額（請求額）
1	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた （基本・超音波等）	. .	円
2	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた （基本・超音波等）	. .	円
3	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた （基本・超音波等）	. .	円
4	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた （基本・超音波等）	. .	円
5	<input type="checkbox"/>	適切な時期に、必要に応じた （基本・超音波等）	. .	円
合 計 額				円

振込先

金融機関名	○○○					銀行 金庫 組	普 ・ 当	○○○	本店・本所 支店・支所 出張所
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ 口座名義	クダマツホシコ 下松星子

母子健康手帳を持参してください。

（添付書類）領収書、妊婦健康診査受診票、多胎妊婦健康診査受診票