

第2号様式（第9条関係）

広陵町妊婦健康診査費助成金交付申請書

広陵町長 殿

広陵町妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、広陵町妊婦健康診査費用の助成に関する要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。
年 月 日

申請者	氏名（受診者）	
	住 所	広陵町
	電 話 番 号	
	受診券交付番号	
	交付申請額※	円

※ 交付申請額には、受診日ごとに医療機関等に支払った金額と助成の対象となる妊婦健康診査について定められた上限額（受診券1枚当たり2,500円）を比較して低い方の金額を記入してください。

（注意）この申請は、受診した日から1年以内に行ってください

※太枠内の内容について、医療機関等の証明を受けてください。

妊婦健診受診者氏名	生年月日		年 月 日
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健診費用 （保険適用分を除く。）	決定額
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
第 回 目	年 月 日	円	円
上記のとおり、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 所 在 地 医療機関等の名称 氏 名 （※法人の場合、代表者の署名又は記名押印）			合計 円

(振込先口座)

金融機関名			預金種別			口座番号					
銀行 農協 信金	支店		普通 ・ 当座 ・ その他 (総合)								
	店 番		カナ(必ず記入)								
			口座名義人								

(※請求者と口座名義人が異なる場合のみ記入)

広陵町妊婦健康診査費助成金に係る債権の受領について、上記振込先口座の口座名義人に委任します。

署名又は記名押印