

県外医療機関等における妊婦一般健康診査費及び多胎妊婦超音波検査費助成申請書兼請求書

| | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------|------|--|
| 妊婦(受診者) | 住所 | | | |
| | ふりがな 氏名 | | | |
| | 生年月日 | | | |
| 妊婦健康診査 受診医療機関 | 所在地 | | | |
| | 名称 | | | |
| 母子健康手帳発行日 | 平成 年 月 日 | (交付番号 番) | | |
| 出産日 | 平成 年 月 日 | | | |
| 健診の回数 | 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 | | | |
| | 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 | | | |
| | 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 ・ 第 回目 | | | |
| | 多胎妊婦超音波検査 | 妊娠週数：第 週目・第 週目 | | |
| 申請額 金 円 上記のとおり申請します。 年 月 日 | | | | |
| 申請者 | 住所 | 北島町 | | |
| | 氏名 | 印 | | |
| | 電話 | | | |
| | 代理人氏名 | 印 | | |
| (妊婦との関係：) | | | | |
| 北島町長 殿 | | | | |
| 口座振込依頼書 | | | | |
| この支払い金は、下記指定の預金口座へ振込願います。 | | | | |
| ()銀行・金庫・農協 ()本・支店・支所 ()出張所 | | | | |
| 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 | ふりがな | |
| 1 普通預金 | | | | |
| 2 当座預金 | | | | |

※太枠部分のみ、ご記入ください。