別記様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦健康診査費用助成申請書 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | (フリガナ) | |  | | | | | | | | | |  |
| 妊婦氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日　(　　　　歳) | | | | | | | | | |
| 住所 | | 089―  電話　　(　　) | | | | | | | | | |
| 申請健診回数 | | 回　　(　　月　　日　～　　月　　日　) | | | | | | | | | |
| 申請通院回数 | | 回　　(　　月　　日　～　　月　　日　) | | | | | | | | | |
| 本人負担額 | | 円(裏面に領収書を添付します。) | | | | | | | | | |
| 豊頃町長　　　　　　　　　　様  　上記のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。  年　　月　　日  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | |
| 妊婦健康診査費用の助成金を下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫 | | 本店  支店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ) | |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

　※必ず領収書を添付し、受診ごとに申請するか、まとめて申請してください。