

白井市妊婦健康診査助成申請書

年 月 日

（宛先） 白 井 市 長

* 太枠の中は本人が記入し、申請して下さい。

申請者 (妊婦)	住所	白井市							
	氏名								印
	生年月日			年	月	日			
	電話番号	()		-					
健診数 (○をして下さい)	1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目・7回目・8回目								
	9回目・10回目・11回目・12回目・13回目・14回目 ----- 多胎妊娠で14回を超えて妊婦健康診査を受診した場合 ----- 15回目・16回目・17回目・18回目・19回目								
金融機関名称			銀行	本店					
			信用金庫	支店	支店番号 ()				
			農協	支所					
口座名義人	フリガナ								
	氏名								
預金種別	普通・当座		口座番号						
妊婦健康診査助成申請額			円						

(ただし、助成額には上限があります。)

- ◎申請の際は、医療機関等の領収書及び妊婦健診受診票を必ず添付してください。
- ◎まとめて申請することをお勧めします。
- ◎母子手帳を一緒にお出し下さい。

ここから下は市で使用しますので記入しないで下さい。

決 裁					

決定額 _____ 円