

大紀町長

様

申請者(受診者) 〒

住所

氏名

㊟

電話番号

大紀町妊婦一般健康診査費助成金交付申請書兼請求書

大紀町妊婦一般健康診査費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

申請額(助成金額) _____ 円

受診日(結果票の回数)	受診した医療機関等に支払った額(ア)	交付限度額(イ) ※記入しないでください	助成決定額 (ア)と(イ)のいずれか 少ない方 ※記入しないでください
年 月 日(回)	円	円	円
年 月 日(回)	円	円	円
年 月 日(回)	円	円	円
年 月 日(回)	円	円	円
年 月 日(回)	円	円	円
年 月 日(回)	円	円	円
合計	円	円	円

[振込先]

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
銀行 支店 信用金庫 支所 農協 出張所	当座 ・ 普通		()

※口座名義人は、申請者名と同一でお願いします。

※関係書類：領収書の原本、妊婦一般健康診査結果票(A票・B票)