

年 月 日

大紀町長

様

申請者(受診者) 下  
住所

氏名

㊟

電話番号

大紀町妊婦一般健康診査費および産婦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および産婦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

健診の種別 該当の□にレ点	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
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	年 月 日 ( 回)	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦	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または産婦健康診査結果表(A票・B票)