

様式第1号(第8条関係)

妊婦健康診査助成事業申請書

年 月 日

宇土市長 様

申請者 住所 宇土市

妊婦氏名
電話番号
母子手帳No.

下記のとおり妊婦健康診査を受けましたので、宇土市妊婦健康診査助成事業実施要綱第8条の規定により申請します。

1 妊婦健康診査受診状況及び助成申請額

項 目	受診日	受診に要した費用	助成申請額 (受診に要した費用 と助成限度額のい ずれか低い額)
回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円
合 計 金 額			円

2 妊婦健康診査実施医療機関等

名 称	
所在地(電話番号)	電話

3 振込先

銀行名	銀行	本・支店
口座番号	普・当	
口座名義		
ふりがな		