

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 番地

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 | | |