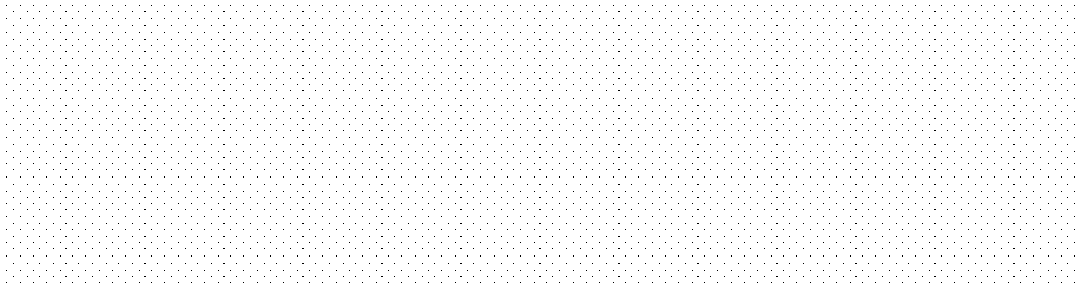
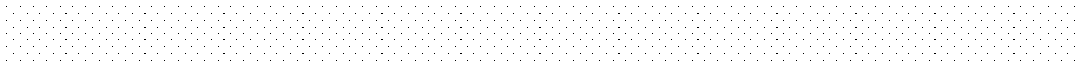
妊 婦 健 康 診 査 受 診 費 支 給 申 請 書



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊 婦 氏 名 |  | | 分 娩 予 定 日 |  |
| 住 所 |  | | 電 話 番 号 |  |
| 受診券番号 | 診 察 年 月 日 | 医 療 機 関 名 | 診 療 費  (保険適用外の自己負担分) | ※ここは記入しないでください。  補 助 額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 高 山 村 長 様  上 記 の と お り 関 係 書 類 を 添 え て 妊 婦 健 康 診 査 受 診 費 の 支 給 を 申 請 し ま す 。  年 月 日  申 請 者  住 所  氏 名 印 | | | | |

添 付 書 類 ： 妊 婦 健 康 診 査 受 診 票 と 領 収 書

妊 婦 健 康 診 査 受 診 費 を 下 記 の 口 座 に 振 り 込 ん で く だ さ い 。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | ふ り が な  口 座 名 義 人 |  | | |
| 金 融 機 関 名 | 支 店 名 | 種 別 | 口 座 番 号 |
|  |  |  |  |