別記様式(第4条関係)

年　　　月　　　日

**高山村妊婦健康診査等費用補助金支給申請書**

高山村長　　様

（申請者）

　　住所：

　　氏名：

電話番号：

下 記 の と お り 関 係 書 類 を 添 え て 妊 婦 健 康 診 査等 受 診 費 の 支 給 を 申 請 し ま す 。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□ 妊婦健康診査（氏名：　　　　　　　　 ※分娩予定日：　　年　　月 　日）** | | | | | **□ 産婦健康診査（氏名：　　 　　　　　　　 ※出産日：　　年　　月　　日）** | | | |
| **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** | **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** |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | **□ 1か月児健康診査（氏名：　　　　　　 　 ※出生日：　　年　　月　　日）** | | | |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | **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** |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **支給決定額：　　　　　　　　　　　　　　　円　　※この欄は記入しないでください。** | | | | | | | **振込先** | **金 融 機 関 ・ 支 店 名** | | **種 別** | **口座番号** |  | | 銀行  金庫  組合  農協 | 本店  支店 | 普通  当座 | **(ふりがな)**  **口　座**  **名義人** |  | | | | |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年 　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |
|  | 年　 月　 日 |  |  |  |

添付書類：妊婦健康診査等受診票と領収証