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