

産婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

中頓別町長 様

住 所 枝幸郡中頓別町字
申請者
氏 名 印

産婦健康診査費用の助成を受けたいので、医療機関・助産所の領収書を添えて申請します。

No.	産婦健康診査受診票の種類	助成限度額	申請額
1	第1回（産後2週前後）	5,000円	円
2	第2回（産後1か月前後）	5,000円	円
申請額合計			円

助成金の振込先	(フリガナ)			
	口座名義			
	金融機関名	() 金庫・農協・銀行 本店・() 支店		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	