

年 月 日

大紀町長

様

申請者（受診者） 〒 -
 住所 大紀町
 氏名
 電話番号

大紀町妊婦一般健康診査費助成金交付申請書兼請求書

大紀町妊婦一般健康診査費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

- 1 申請額（助成金額） _____ 円
 2 申請内訳

受診日	受診区分	診査費用 (ア)	交付限度額 (イ)	申請額 (ア)と(イ)の いずれか少ない方
	1回	円	円	円
	2回	円	円	円
	3回	円	円	円
	4回	円	円	円
	5回	円	円	円
	6回	円	円	円
	7回	円	円	円
	8回	円	円	円
	9回	円	円	円
	10回	円	円	円
	11回	円	円	円
	12回	円	円	円
	13回	円	円	円
	14回	円	円	円
合 計				円

交付限度額は、受診日において町が県内医療機関等に委託する契約単価と同額とします。

金融機関名		種 別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行	本店	普通・当座		
金庫	支店			
農協	出張所			

- 関係書類 1 領収書の原本（「妊婦健康診査」と明記されたもので健診費用・受診日の分かるもの）
 2 妊婦一般健康診査結果票（A票とB票）