

別記様式（第5条関係）

妊婦健康診査費及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越前町長様

申請者 住所 越前町
氏名 ⑩
乳児氏名
(生年月日) (年 月 日)
電話番号

県外における妊婦健康診査及び乳児健康診査の費用の支払いに関する要綱第5条の規定により、必要書類を添えて、次のとおり健診費用を請求します。

金 _____ 円也

請求明細一覧

*健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

受診日	医療機関名	金額	健診種別	金額
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
. .		円	前・中・後・他	円
			聴・1・4・10	
合 計		円		円

振込先

ふりがな 口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	

※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、下記の□にレ点をつけてください。

本申請書に基づく助成金の受領を上記振込先の名義人に委任します。

〈添付書類〉

- ① 受診した医療機関又は助産所が発行した領収証、診療明細書
- ② 母子健康手帳
- ③ 越前町の妊婦健康診査受診票、乳児健康診査受診票