

妊産婦健康診査助成申請書				年 月 日
さくら市長 様				
申請者	住所		電話番号	
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名	Ⓜ	昭和 平成	年 月 日生(歳)
振込金融機関	銀行 本店 農協 支店 信用組合 支所 信用金庫 出張所 ゆうちょ銀行 店名		口座番号	
			ふりがな	
			口座名義	

受診票・領収書は別添のとおり

受付年月日 _____

※ この欄は記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支給日	年 月 日

審 査 結 果

1 承認 2 不承認(理由: _____)

健診受診日		支払金額 (健診料金)	支給総額	健診受診日		支払金額 (健診料金)	支給総額
回目	年 月 日	円	円	回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	回目	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	産後2週間	年 月 日	円	円
回目	年 月 日	円	円	産後1か月	年 月 日	円	円
			合 計 金 額	円			