

妊産婦健康診査等助成申請書						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	口座番号		
		農協	支店	ふりがな		
		信用組合	支所			
		信用金庫	出張所	口座名義		
		ゆうちょ銀行	店名			

※受診票・領収書を添付してください。

※通帳(写し)を添付してください。

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
妊婦 1回目	年 月 日	円	円	妊婦 10回目	年 月 日	円	円
妊婦 2回目	年 月 日	円	円	妊婦 11回目	年 月 日	円	円
妊婦 3回目	年 月 日	円	円	妊婦 12回目	年 月 日	円	円
妊婦 4回目	年 月 日	円	円	妊婦 13回目	年 月 日	円	円
妊婦 5回目	年 月 日	円	円	妊婦 14回目	年 月 日	円	円
妊婦 6回目	年 月 日	円	円	産後 2週間	年 月 日	円	円
妊婦 7回目	年 月 日	円	円	産後 1か月	年 月 日	円	円
妊婦 8回目	年 月 日	円	円	1か月児	年 月 日	円	円
妊婦 9回目	年 月 日	円	円	合 計 金 額			円