様式第3号（第9条関係）

**妊婦歯科健康診査助成金申請書兼請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歯科健診等  受診者 | 受診日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 個人番号 |  | |
| 住　所 | 小野町 | |
| 母子健康手帳番号 | No. | |
| 実施医療機関 | 名　称 |  | |
| 住　所 |  | |
| 医療機関に支払った額 | |  | 円 |
| 助成金請求額 | |  | 円 |

上記のとおり請求いたしますので、下記口座に振込みしてください。

　　　　年　　　　月　　　　日

小野町長　　様

請求者　住　　所　小野町

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　－　　　　－　　　　　）

（受診者との続柄　　　　　 ）

【振込み指定口座】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協  信用金庫 | 支店  支所 | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通　　当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人氏名（漢字） |  | | | | | | | | |
| 口座名義人氏名（カナ） |  | | | | | | | | |

【注意事項】

①医療機関が発行する領収書及び、結果を記載(又は貼付)した「妊婦歯科健康診査受診票」(結果が記載された母子健康手帳の写しでも可)を添付してください。

②振込指定口座の写しを添付してください。振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。

③訂正するときは、訂正印を押してください。（ただし、金額の訂正は無効です。）