様式第3号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　回目）

**妊婦健康診査助成申請書**

　年 　月 　日

富　岡　町　長　様

＊太枠の中はご本人が記入し申請して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （　妊　婦　） | 住　所 | 富岡町 | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 母子手帳番号 |  | | | | | | | | | |
| 金融機関名称 | 銀　　行　　　　　　　　本店  信用金庫　　　　　　　　支店  農　　協　　　　　　　　支所 | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通 ・ 当　座 | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 妊婦健康診査助成申請額 | | | 円 | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ただし助成額には上限があります。）

◎申請の際は、医療機関等の証明（証明が受けられない場合には明細がわかる領収書）を必ず添付してください。

＊ここから下は医療機関等が記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊　婦　健　康　診　査　料　証　明　書 | | |
| 年　　　月　　　日分  （　妊娠　　　　　週　） | 妊婦健康診査料 | 円 |
| （上記健康診査料には、保険適用分は含まない。）  上記のとおり証明します。  　　　　　　 年　 　月 　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地    　　　　　　　　　　　　　（医療機関等）　名　称    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※本人が手書きしない場合は記名押印してください） | | |

＃ここから下は町で使用しますので記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　　員 | 決　定　額 |
|  |  |  |  | 円 |