

様式第1号（第5条関係）

妊婦健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

寄居町長

住所 寄居町大字 番地
 申請者 氏名 ㊟
 電話

下記により妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日
妊産婦氏名	㊟	年月日（歳）
電話番号		
住所		
健診の種類 （あてはまるものに○をつける）	1 妊婦健康診査 1回・2回・3回・4回・5回・6回・7回・8回・9回 10回・11回・12回・13回・14回 2 風疹ウイルス抗体検査 3 HBs抗原検査 4 HCV抗体検査 5 HIV抗体検査 7 子宮頸がん検診（細胞診） 8 HTLV-1検査 9 性器クラミジア検査	
健診受診期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関名		
申請額	円	
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店
	フリガナ	普通・当座 口座番号
	口座名義人	
添付書類	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査領収書（様式第3号）又は医療機関等発行の妊婦健康診査領収書 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査助成券 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できるもの	
受付年月日*	年 月 日	第 号

*欄は記入しないでください。