

様式第1号（第7条関係）

甲斐市妊婦一般健康診査費助成金支給申請書

年 月 日

甲斐市長 保坂 武 様

申請者 住 所 甲斐市
氏 名
電話番号

次のとおり、妊婦一般健康診査費助成金の支給を申請します。

妊 娠 届 出 年 月 日	年 月 日			
母子健康手帳交付番号				
分娩予定日又は出産日	年 月 日			
受 診 医 療 機 関 名				
妊婦健診の受診日等	受診回数	受診年月日	自己負担額	助成金
	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
助成金支給申請額	円（受診 回分）			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

※太枠内は記入しないで下さい

※修正箇所は、＝ の上に訂正印を捺印して下さい

- (添付書類) 1 母子健康手帳
2 妊婦一般健康診査受診票
3 受診した妊婦一般健康診査費の領収書の写し