

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 甲斐市篠原△□

氏名 甲斐 花子

電話番号 ○○○-□△○○

妊婦本人の名前

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		母子健康手帳の表紙に記載してある番号		
分娩予定日又は出産日		○年○月○日		
受診医療機関名		○○○病院		
妊婦健診の 受診日等  手元にある妊 婦一般受診票 の回数を記入 してください	受診回数	受診年月 日	自己負担額	助成金
	9回目	○年△月□日	円	円
	10回目	○年△月□日	円	円
	11回目	○年△月□日	円	円
	12回目	○年△月□日	円	円
	追加3回目	○年△月□日	円	円
	追加4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	甲斐 花子		

こちらで記入します。  
空欄でお願いします

名義は申請者と同じ

- (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