

様式第3号(第9条関係)

妊産婦等健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

湯沢市長 様

住所
氏名
電話

委託医療機関以外の医療機関で妊産婦等健康診査を受診したので、助成金を交付してくださるよう申請及び請求します。

妊 産 婦 等 氏 名		受診票No.	
住 所	(電話)		
受診医療機関名 及 び 医 師 氏 名			
受 診 理 由			
受 診 費 用 額	円(内訳)		
振 込 先	金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所
	口 座 番 号	普通・当座	
	フリガナ		
	口 座 名 義		

※添付書類 ①健康診査結果及び担当医師名が記載された受診票
②医療機関が発行した健康診査に係る領収書