

様式第14号（第8条関係）

年 月 日

下妻市長 様

申請者 氏 名 ⑩
電話番号

健康診査費用助成申請書

下妻市妊産婦及び乳児の健康診査の実施並びに助成に関する要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

住 所			
フリガナ氏名			
生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）		
受診した医療機関等の名称			
出産予定日又は出産日	年 月 日		
健康診査に要した費用	円	※助成金額	円

※欄は、記入しないでください。

<振込口座>

金融機関名		支店名	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ口座名義人			

<添付書類>

- (1) 健康診査受診票
- (2) 委託外医療機関等が発行した健康診査の受診ごとの領収書
- (3) 健康診査の受診日及び結果が記入された母子健康手帳