

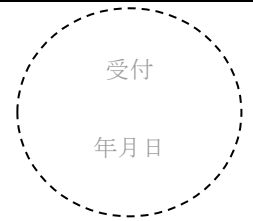
妊産婦及び1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

高根沢町長 加藤 公博 様

申請者	住所			電話番号		
	ふりがな			生	年	月 日
	氏名	印		昭和 平成	年	月 日(歳)
振込金融機関	銀行	本店	口座番号			
	農協	支店	ふりがな			
	信用組合	支所	口座名義			
	信用金庫	出張所				

受診済証・領収書は別添のとおり



※ この欄は記入しないでください。

決 裁	所長	係長	係		伺	年	月	日
					決定	年	月	日
					支給日	年	月	日
審 査 結 果								
1 承認		2 不承認 (理由 : _____)						
健診受診日		支払金額 (健診料金)	支給金額	健診受診日		支払金額 (健診料金)	支給金額	
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	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	
産後 健診	年 月 日	円	円	1か月 児健診	年 月 日	円	円	
合 計 金 額						円		