

年 月 日

小川町妊婦健康診査費用助成金支給申請書

小川町長

宛て

住所

申請者 氏名

電話番号

妊婦健康診査費用助成金の支給を受けたいので、証明書類等を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診医療機関等（助産所を含む。）に受診状況の確認等を行うことに同意します。

対象者氏名	フリガナ						
	氏名	生年月日		年	月	日生	
	住所						
出産（予定）日	年 月 日						
申請理由	1 委託外医療機関・助産院で受診したため 2 妊婦健康診査費用が助成券記載金額未満であったため 3 その他（ ）						
医療機関名	所在地						
	電話番号						
助成券種類	受診日	受診費用	※助成金額	助成券種類	受診日	受診費用	※助成金額
HIV抗体検査		円	円	8回		円	円
子宮頸がん検査		円	円	9回		円	円
1回目		円	円	10回		円	円
2回目		円	円	11回		円	円
3回目		円	円	12回		円	円
4回目		円	円	13回		円	円
5回目		円	円	14回		円	円
6回目		円	円	HTLV-1		円	円
7回目		円	円	クラミジア		円	円
受診費用合計額	円						
助成金申請額	円						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店	
	預金種別 口座番号	普通・当座				No.	
	フリガナ						
	口座名義人						