

粕屋町妊婦一般健康診査助成申請書

※太枠内をご記入ください。

申請者名			受診者との続柄				
受診者名	印		受診者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	粕屋町		妊娠届出日	平成 令和	年	月	日
電話番号			母子手帳番号				
健診を受けた医療機関	医療機関名：					補助券使用回数	
	所在地：					回	
委託医療機関等 (福岡・佐賀・大分県内)で 受診できなかった理由							
健診日(週数)	健診に要した費用	助成決定額 (町記入欄)	健診日(週数)	健診に要した費用	助成決定額 (町記入欄)		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
H・R 年 月 日(週)	円	円	H・R 年 月 日(週)	円	円		
上記のとおり妊婦健診に要した費用等に関する別紙書類を添えて申請します。							
粕屋町長殿			令和 年 月 日				
振込指定金融機関名等							
金融機関名	銀行・農協 金庫・組合			支店名等	支店番号		
口座の種類	普通・当座・貯蓄・その他()			(フリガナ)			
口座番号				口座名義人			
助成決定合計額 (町記入欄)			円				

