

日高川町妊婦健康診査費助成事業に係る内容調書

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日							
助 成 対 象 者 (受診者)		()	年 月 日 (歳)							
助成対象者の配偶者 ※		()	年 月 日 (歳)							
助成対象者の 住所	〒									
電話 ()										
妊婦健康診査受診のため支出した額 金 _____ 円										
助成金額 金 _____ 円 (上限: _____ 円)										
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所								
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号							
	口 座 名 義 人 (助成申請者と同 一であること)									

注 助成対象者(受診者)が申請者となる場合は、※欄は記入不要です