

別記様式(第4条関係)

阿賀町妊産婦健康診査・乳幼児健康診査費用助成申請書

年 月 日

阿賀町長 様

住所 阿賀町

申請者

氏名

電話番号

下記のとおり、健康診査費用の助成を申請します。

受診者氏名		
生 年 月 日	年 月 日	
検査に要した金額	円	
助 成 額	円	
助成対象の区分	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 乳幼児精密健康診査 ※該当するものにチェックをつけて下さい。	
振込先	金融機関名	銀行・信組・金庫・農協 本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※申請者と口座名義人は同じ方になります。

添付書類

- 1)健康診査に係る領収書及び明細書(原本)
- 2)母子健康手帳(健康診査の回数を確認できるもの)の写し
- 3)未使用の受診票