

# 妊産婦及び1か月児健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

高根沢町長 様

申請者	住所	電話番号							
	ふりがな	生 年 月 日							
	氏 名	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	フリガナ						
	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

受付  
年月日

※ この欄は記入しないでください。

決 裁	所長	係長	係	伺	令和 年 月 日
				決 定	令和 年 月 日
				支給日	令和 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 2週間 健診	円	円	産後 1か月 健診	円	円
1か月 児健診	円	円	合 計 金 額		円