

## 妊婦健康診査費等助成金支給申請書

竹富町長 様

年 月 日

- 妊婦健診
- 産婦健診
- 新生児聴覚検査
- 1か月児健康診査

申請者住所：竹富町字

申請者氏名：

母子手帳番号：

上記項目について申請します。

(申請者は、妊婦の氏名を記入)

世帯主	フリガナ			申請者電話番号
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
出産予定年月日			出産年月日	
口座振込先	銀行・金庫 組合・農協			本店 支店
支店・口座番号			名義人	
受診医療機関名	受診年月日	受診日の 週数	受診料金	助成金額
下記の書類を添付して下さい			合計	

- ①母子保健手帳の写し(表紙、妊娠経過、必要な健診・検査等受診記録がわかるもの)
- ②領収書及び診療報酬明細書の原本 ③振込口座番号(通帳又はカード)の写し