

妊婦健康診査費助成金請求書

妊婦氏名 _____ (生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

金 _____ 円

妊婦健康診査を受診しましたので、上記の金額を請求します。

1 助成額内訳

受診日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 回目)
金額	円 (助成上限 _____ 円)

2 添付書類

医療機関の領収書・大津町妊婦健康診査受診票

3 振込先

銀行 農協 信金・信組	支店 支所 出張所	普通 当座
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

大津町長 様

住所 大津町

氏名 _____

印

電話番号 _____

※個人情報の保護について

この票で得られた個人情報は、適切に保管し、本事業以外の目的には使用いたしません。