

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)

金額は空欄にしてください

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 ~ 令和 年 月 日 ここは空欄にしてください (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

助成金を振り込む口座情報を記入してください
口座は、妊婦名義の口座にしてください

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	種類 (右詰めで記入ください)	口座名義 (フリガナ)
銀行・農協 信用組合 信用金庫	支店・支所 出張所 本店	普通 当座	

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄に記入ください)				通帳番号 (右詰めで記入ください)							口座名義 (フリガナ)
	1 1 1 1 0 ※	-	1 2 3 4 5 6 7	○○○ ○○○○ ○○○ ○○○○								

※振込先については、金融機関とゆうちょ銀行どちらか一方の口座をご記入ください。

令和 年 月 日

日付は空欄にしてください

大津町長 様

住 所 大津町大津○○○○番地

妊婦氏名で申請してください

氏 名 ○○○ ○○○○ (印)

電話番号 (○○○) 0000-0000

※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。