

# 大江町妊婦健康診査等費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

大江町長 殿

私は、妊婦健康診査等の費用について助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

## 1、申請者（妊産婦本人）

住所	大江町大字	電話番号	
フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 出産予定日	令和 年 月 日	母子健康手帳交付日・交付番号	
<input type="checkbox"/> 出産日	令和 年 月 日	令和 年 月 日 NO.	

## 2、請求する妊婦健康診査等費用

妊婦健康診査等の受診日	妊娠週数	医療機関名	自己負担額	※助成額	※母子健康手帳交付
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
合 計			円	円	

## 3、振込先（申請者名義のもの）

金融機関名	銀行 農協 信組 ゆうちょ銀行		本店・支店・支所
口座番号	口座名義(カナ)		

注 1) 太枠内を記入してください。  
2) ※欄は記入しないでください。

### 【添付書類】

- 母子健康手帳     領収書及びその明細書     健康保険証     申請者の通帳(写し)  
 本人確認ができる書類（マイナンバーカード・運転免許証など）     その他必要な書類