様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）玉村町長

住所　　玉村町大字

氏名

電話

玉村町県外妊婦健康診査等助成金交付申請書

玉村町県外妊婦健康診査等助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり助成金の

交付を申請いたします。なお助成金は、下記指定口座に振り込みをお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信金信組・農協　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通　　・　　当座　　（いずれかを○で囲む） |
| 口座番号 |  |
|  |  |

* 口座名義人は妊・産婦本人であること。
* 妊・産婦健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票、１か月児健康診査受診票、領収書原本、母子健康手帳の添付をお願いします。

**《以下の欄は役場が使用》**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 健診日 | 支払額 | 助成額 |  | 健診日 | 支払額 | 助成額 |
| 1 | 年　月　日 | 円 | 円 | 10 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 2 | 年　月　日 | 円 | 円 | 11 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 3 | 年　月　日 | 円 | 円 | 12 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 4 | 年　月　日 | 円 | 円 | 13 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 5 | 年　月　日 | 円 | 円 | 14 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 6 | 年　月　日 | 円 | 円 | 聴覚 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 7 | 年　月　日 | 円 | 円 | 産婦2週間 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 8 | 年　月　日 | 円 | 円 | 産婦1か月 | 年　月　日 | 円 | 円 |
| 9 | 年　月　日 | 円 | 円 | 1か月児 | 年　月　日 | 円 | 円 |

本人支払い額合計　　　　　　　　　円　　　　助成額合計　　 　　　　　円