

見本

※太枠の箇所を記入してください ※訂正箇所には押印して下さい

岩沼市妊婦健康診査助成申請書

申請者名	(窓口に来る人)		受診者との 続柄	
受診者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			

各健診日 (妊娠週数) ・ 各健診に 要した費用	初回	令和 年 月 日(週) 円	受診者の生年月日です (昭和や平成でご記入ください)。	令和 年 月 日(週) 円
	3回目	令和 年 月 日(週) 円	4回目	円
	5回目	令和 年 月 日(週) 円	6回目	令和 年 月 日(週) 円
	7回目	令和 年 月 日(週) 円	8回目	令和 年 月 日(週) 円
	9回目	令和 年 月 日(週) 円	10回目	令和 年 月 日(週) 円
	11回目	令和 年 月 日(週) 円	12回目	令和 年 月 日(週) 円
	13回目	令和 年 月 日(週) 円	12回目	令和 年 月 日(週) 円

申請額	合計 :
-----	------

ゆうちょ銀行を指定する方へ
「支店名」は漢数字3桁です。口座番号は7桁です。通帳の表紙を開いたページの下に記載されています。
※不明の時は「記号」と「番号」を裏面にメモして下さい

上記のとおり妊婦健診に要した費用に関する別紙証拠書類を添付
なお、費用については下記の口座に振り込み願います。

令和 年 月 日 ←申請に来た時に記入

住所 岩沼市

氏名 **(窓口に来る人)** (印)

電話 ※日中連絡のとれる番号でお願いします

岩沼市長 殿

振込指定金融機関名等

金融機関名	銀行	支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号
(ふりがな)		
口座名義人	支給決定額 (市記入欄)	円
(申請者との続柄:)		

岩沼市妊婦健康診査助成申請書

申請者名			受診者との 続 柄		
受診者	(ふりがな)			生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名				
各健診日 (妊娠週数) ・ 各健診に 要した費用	初回	令和 年 月 日(週) 円	2回目	令和 年 月 日(週) 円	
	3回目	令和 年 月 日(週) 円	4回目	令和 年 月 日(週) 円	
	5回目	令和 年 月 日(週) 円	6回目	令和 年 月 日(週) 円	
	7回目	令和 年 月 日(週) 円	8回目	令和 年 月 日(週) 円	
	9回目	令和 年 月 日(週) 円	10回目	令和 年 月 日(週) 円	
	11回目	令和 年 月 日(週) 円	12回目	令和 年 月 日(週) 円	
	13回目	令和 年 月 日(週) 円	14回目	令和 年 月 日(週) 円	
申請額	合計： 円				

上記のとおり妊婦健診に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
なお、費用については下記の口座に振り込み願います。

令和 年 月 日

住 所 岩沼市

氏 名

(印)

電 話 (- -)

岩沼市長 殿

振 込 指 定 金 融 機 関 名 等

金融機関名	銀行		支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
(ふりがな)			
口座名義人	支給決定額 (市記入欄)		円
(申請者との続柄：)			