

様式第8号（第8条関係）

妊婦・乳児一般健康診査費用助成金申請書及び請求書

年 月 日

鏡野町長 殿

下記のとおり、健康診査料金の給付を申請及び請求します。

記

申請者記入欄	申請者(口座名義人)	(※) <small>(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>	生年月日	年 月 日
	申請者住所	鏡野町 電話番号() —		
	受診者氏名(※1)	・申請者との続柄:本人・()	生年月日	年 月 日
	受診者住所(※1)	・申請者に同じ 電話番号() —		
	受診年月日及び検査を受けた医療機関名			申請金額 円
	受診年月日	～		
	医療機関名			

・口座名義人は申請者と同一人物であること

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店・支店・支所・出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人	フリガナ	
氏名			

※1 妊婦本人が申請者の場合は、受診者氏名の申請者との続柄の本人欄に○を、
受診者住所の「申請者に同じ」を○で囲み氏名・住所欄の記入を省略してよい。

※2 給付額は区分に応じて決定されている岡山県統一単価とする。

町記入欄	受付年月日	受付者	支払金額合計	決定額
		審査結果	円	円
		承認 ・ 不承認		