

妊産婦歯科健康診査費用助成申請書及び請求書

年 月 日

鏡野町長 様

鏡野町妊産婦歯科健康診査費用助成に関する要綱第9条の規定に基づき、次のとおり妊産婦歯科健康診査費用の助成を申請します。

※ 申 請 者 記 入 欄	申請者名	(※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		妊産婦との続柄		
	申請者住所	鏡野町				
	妊産婦名		生年月日	年	月 日	
	健診回数	産前1回目・産前2回目・産後1回目				
		(産前1回目)	(産前2回目)	(産後1回目)		
	○ 実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	○ 支払金額	円	円	円		
	○ 受診歯科医療機関	○ 受診歯科医療機関	○ 受診歯科医療機関			
請求金額 (上記支払金額の合計を記入)					円	

口 座 番 号	金融機関名	()銀行・信用金庫・農協	()本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

- ※ 助成額は、1回につき5,000円を上限とします。
- ※ 申請の際は、この申請書に受診票と領収書を添付してください。
- ※ 申請書に記載された個人情報は、本業務以外には使用しません。
- ※ 産後は、出産後一年以内に受診してください。