

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。

|                                 |                              |                         |                  |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------|
| ※<br>申<br>請<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 申 請 者 名                      | (※)<br>妊産婦との続柄          |                  |
|                                 | (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |                         |                  |
|                                 | 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)        |
|                                 | ○ 実施年月日<br>年 月 日             | ○ 実施年月日<br>年 月 日        | ○ 実施年月日<br>年 月 日 |
|                                 | ○ 支払金額<br>円                  | ○ 支払金額<br>円             | ○ 支払金額<br>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<br>座<br>番<br>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。