様式第１号

年　　月　　日

上里町妊婦健康診査助成金交付申請書

上里町長　　様

郵便番号
住　　所
氏　　名
電話番号

上里町妊婦健康診査助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。
なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診した医療機関及び助産所に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日	年　　月　　日		母子健康手帳Ｎｏ	
受診した医療機関等	名　　称			
	住　　所			
	電話番号			

※注意事項
本申請書には、次の書類を添付ください。なお下記も記入してください。
（１）　母子健康手帳
（２）　医療機関及び助産所で受診した結果等、必要事項が記載された受診票等（市町村保管分）
（３）　診療月日と同日付の領収書の写しその他健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類を添付してください。

〈申請内容（下記の太枠内に記入してください〉

診療年月日	支払額	確認内容（番号）	確認額	備　考
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				
年　　月　　日				