

様式第1号（第4関係）

母子健診等費用助成金交付申請及び請求書

年 月 日

陸前高田市長 様

請求者 住 所
氏 名
電 話



母子健診等費用助成金の交付を受けたいので、陸前高田市母子健診等費用助成金
交付要綱第4第1項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

※太枠内をご記入ください。

氏 名	妊産婦	生年月日	妊産婦
	乳 児		乳 児
住 所		電話番号	
請 求 額	円		

<内訳>

健診名	健診代	助成額	健診名	健診代	助成額
妊婦 第1回	円	円	妊婦 第11回	円	円
子宮頸がん	円	円	妊婦 第12回	円	円
妊婦 第2回	円	円	妊婦 第13回	円	円
妊婦 第3回	円	円	妊婦 第14回	円	円
妊婦 第4回	円	円	乳児 1か月	円	円
妊婦 第5回	円	円	乳児 4か月	円	円
妊婦 第6回	円	円	乳児 10か月	円	円
妊婦 第7回	円	円	新生児聴覚	円	円
妊婦 第8回	円	円	産婦 1回目	円	円
妊婦 第9回	円	円	産婦 2回目	円	円
妊婦 第10回	円	円			

振 込 先	銀行・信用金庫・農協・ゆうちょ		本店・支店				
フリガナ							
口座名義							
口座番号	普通・当座						