

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

富里市長

様

住 所

氏 名

印

電話番号

（受診者との続柄： ）

富里市  妊婦及び乳児一般健康診査費 助成金交付申請書  
 新生児聴覚スクリーニング検査費

下記とおり費用の助成を申請します。

妊婦健康診査 受診者名	フリガナ	年 月 日生						
	氏 名							
新生児又は乳児 受診者名	フリガナ	年 月 日生						
	氏 名							
受診医療機関 (助産所)	名 称							
	所在地							
振 込 口 座	銀 行							支 店
	信 用 金 庫							本 店
	農 業 協 同 組 合							本 所
	信 用 組 合							本 所
	普通・当座	口座番号						
	フリガナ							
	口座名義人氏名							
申請書の審査のため住民基本台帳等を確認することについて承諾します。								
受診者(未成年の場合は保護者) 氏名								印

添付書類

- 1 未使用の受診票
- 2 医療機関又は助産所が発行した該当健康診査、検査に係る領収書
- 3 母子健康手帳
- 4 その他市長が必要と認めるもの