

様式第1号(第5条関係)

妊婦一般健康診査及び産婦健康診査通院費助成申請書

年 月 日

中土佐町長 様

中土佐町妊婦一般健康診査及び産婦健康診査通院費助成事業実施要綱第5条の規定により、
下記のとおり申請します。

申請者 (妊婦本人)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		⑩	
	住所	中土佐町		
	電話番号			
	申請額	3,000円 × (回分) = (円)		
	内訳	妊婦一般健康診査 (回) 産婦健康診査 (回)		
振込先	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名	農協 銀行	支所 支店	
	口座の種別 及び番号	普通・当座		
受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	
助成回数	回	助成決定額	円	

①申請日及び太枠内をご記入下さい。

②申請日よりおおむね3か月後に指定口座に振り込みます。

※医療機関から受診票が届いてからの事務処理となるため、支給手続きまでに時間を要します。
あらかじめご了承ください。

③通院助成の対象となるのは、中土佐町が発行する「妊婦一般健康診査」及び「産婦健康診査」
を用いた町外医療機関における受診に限ります。助成の額は通院1回あたり3,000円です。