第１号様式（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

大　治　町　長　　殿

住　　所　大治町大字

申請者　氏　　名

電話番号（　　）

妊産婦本人の住所・氏名・

電話番号を記入してください。

大治町妊産婦・乳児健康診査費等補助金交付申請書

下記のとおり大治町妊産婦・乳児健康診査費等補助金交付要綱第４条の規定により申請します。

記

受診票の種類		
第１回　・　第２回　・　第３回　・　第４回　・　第５回　・　第６回　・　第７回 第８回　・　第９回　・　第 10 回　・　第 11 回　・　第 12 回　・　第 13 回　・　第 14 回 子宮頸がん検診　・　産婦健診　・　乳児健診　第１回　・　第２回　・　新生児聴覚検査		
実施年月日	受診機関名	領収書記載額
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月		円
年　　月		円
年　　月		円
年　　月		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円
年　　月　　日		円

領収書を確認しながら、実施年月日、受診機関名、

領収書記載金額を記入してください。

〈同意書〉

私は、大治町妊産婦・乳児健康診査費等補助金に係る下記の事項に同意します。

１．申請した健康診査等の詳細について、医療機関・助産院へ照会すること。

２．申請する健康診査等受診日の、住民基本台帳を確認すること。

申請者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※自筆で署名してください。