

第 1 号様式（第 4 条関係）

年 月 日

大 治 町 長 殿

住 所 大治町大字

申請者 氏 名

電話番号（ ）

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 多胎（ 第 1 回 ・ 第 2 回 ・ 第 3 回 ・ 第 4 回 ・ 第 5 回 ） 子宮頸がん検診 ・ 新生児聴覚検査 ・ 産婦健診 ・ 乳児健診（ 第 1 回 ・ 第 2 回 ）		
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 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
年 月 日		円
年 月 日		円
～ 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。 同意書 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 _____		