

(別記様式)

珠洲市妊婦・産婦・乳児一般健康診査助成金交付申請書(兼)請求書

年 月 日

珠洲市長

(申請者)

住 所 珠洲市

氏 名

電話番号 - -

請求金額 _____ 円

受診者氏名	(妊産婦) (年 月 日生)	(乳児) (年 月 日生)
振込先	金融機関名 銀行 信用金庫 農業協同組合	支店
	口座種別 普通 当座	フリガナ 口座名義人
受診票種類	受診年 月 日	受診医療機関名
妊婦 1回目	年 月 日	
妊婦 2回目	年 月 日	
妊婦 3回目	年 月 日	
妊婦 4回目	年 月 日	
妊婦 5回目	年 月 日	
妊婦 6回目	年 月 日	
妊婦 7回目	年 月 日	
妊婦 8回目	年 月 日	
妊婦 9回目	年 月 日	
妊婦 10回目	年 月 日	
妊婦 11回目	年 月 日	
妊婦 12回目	年 月 日	
妊婦 13回目	年 月 日	
妊婦 14回目	年 月 日	
妊婦 15回目	年 月 日	
妊婦 16回目	年 月 日	
産婦 1回目	年 月 日	
産婦 2回目	年 月 日	
新生児聴覚検査	年 月 日	
乳児 1回目	年 月 日	
乳児 2回目	年 月 日	

備 考

1. 太枠内を、記入してください。
2. 健康診査料領収書、診療明細書、受診結果を記入した受診票を、添付してください。

検 収

--