

様式 1

産婦健康診査費用助成申請書

令和 年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

〒092-

申請者 住所 美幌町字

氏名 印

*自署した場合は押印を省略することができます

TEL

産婦健康診査費用の交付を受けたいので、医療機関の領収書および健診記録の写しを添えて申請します

該当健康診査			<input type="checkbox"/> 産後 2 週間 (年 月 日受診)		
			<input type="checkbox"/> 産後 1 か月 (年 月 日受診)		
ふりがな		生年月日			
産婦氏名		年 月 日			
振 込 先 銀 行		口 座 番 号		受 取 人 名	
銀 信 農 行 金 協 店					