

第1号様式(第12条関係)

産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

中標津町長 様

申請者住所
中標津町

申請者氏名 印

受診票を使用できず、自己負担で受診した産婦健診の費用の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請いたします。

記

ふりがな 受診者氏名						
住所		〒 中標津町				
電話番号						
受診医療機関名						
支払い先	金融機関名	銀行・金庫		支店	種別	普通預金 当座預金
	口座番号		口座名義人			

※上記太枠の中のみ記入してください
※口座振替でお支払いいたしますので支払い金融機関など(郵便局以外)を正確にご記入ください。

支給決定額	金	円
-------	---	---

申請書は中標津町保健センター健康推進課 母子健康係(0153-72-2733)へ提出してください。