

益城町産婦健康診査 1 か月児健康診査費用助成請求書

年 月 日

益城町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

1 産婦健康診査

受診者名			生年月日	年 月 日
回数	受診日	産婦健康診査料		助成金額
1	年 月 日	円		円
2	年 月 日	円		円
産婦健康診査助成金額合計				円

2 1 か月児健康診査

受診者名		生年月日	年 月 日
受診日		1 か月児健康診査料	助成金額
年 月 日		円	円

3 振込口座

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協				本店 支店 出張所 支所				種 目		口 座 番 号							
	金融機関コード				店 舗 コ ー ド				1 普通 2 当座 3 その他									
	ゆうちょ銀行									—								
フリガナ																		
口座名義																		

支給決定額 円