

年 月 日

里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

白石町長 様

申請者 住 所 白石町大字 番地
氏 名
電 話

里帰り出産等のため県外の（医療機関及び助産所）で妊婦健康診査を受診し、費用を負担した
ので、白石町妊婦・乳児健康診査委託事業実施要綱第6条第3項の規定により下記のとおり助成
金の交付を申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

対象妊婦氏名			
受診年月日	受診機関名	受診地（都道府県名）	負担費用額
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円

里帰り等妊婦健康診査受診費助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店番号	口座番号（普通口座）
銀行 本 信用金庫 ・店 農協 支	口座名義 (カタカナ)	
口座は、申請者名義のものに限ります。		

- (注) 添付書類 ① 自費で支払った助成対象の妊婦健康診査受診費の領収書
② 「妊婦健康診査受診票」（受診機関で健診結果を記入したもの）