

氷見市妊産婦等健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

下記のとおり妊産婦等健康診査費の助成金を申請（請求）します。

申請者氏名 (妊産婦等)		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
世帯主氏名		電話番号	
児氏名 (産後の場合)		生年月日	年 月 日
児の住所 (産後の場合)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請（請求）する 健診の種類 とその金額	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査		円
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査		円
	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査		円
	計		円

※申請者の名義の口座をご記入ください

振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫 農協								本・支店 本・支所 出張所
	指定口座	1 普通	2 当座	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義									