

白石市妊婦健康診査費助成申請書

決裁	課長	課長補佐	係長	係

(ふりがな) 妊婦氏名			母子健康手帳番号		
			生年月日	年	月 日
住 所	〒				
電話番号 ()					

妊婦健康診査を受けた月日と医療機関名をご記入ください。

回数	受診日	医療機関名	助成額 (市で記入)
初 回	年 月 日		
12～15週前後	年 月 日		
16～19週前後	年 月 日		
20～23週前後	年 月 日		
24～25週前後	年 月 日		
26～27週前後	年 月 日		
28～29週前後	年 月 日		
30～31週前後	年 月 日		
32～33週前後	年 月 日		
34～35週前後	年 月 日		
36週前後	年 月 日		
37週前後	年 月 日		
38週前後	年 月 日		
39週前後	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
多胎用	年 月 日		
合計	回	金額	円

口座振込名義人

銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号						
金融機関コード		店舗コード									
口座名義人		(ふりがな)									

白石市長殿

上記のとおり、妊婦健康診査費助成の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏名

印