

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)	しろいし はなこ		母子健康手帳番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
妊婦氏名	白石 花子		生年月日	×年 ×月 ×日
住所	〒○○○-○○○○ 白石市○○○○○ ○○○○○			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	○○産婦人科	
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		
多胎用	年 月 日		
合計	回	金額	円

口座振込名義人

銀行	本店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号						
信用金庫 信用組合	支店 出張所		×	×	×	×	×	×	×
金融機関コード	店舗コード	(ふりがな) しろいし はなこ 白石 花子							

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 白石 花子

