

中川村妊産婦・乳児一般健康診査料請求書

年 月 日

中川村長 様

申請者

住 所 中川村

氏 名 ㊟

(受給対象者との続柄 )

電話番号

中川村妊産婦等健康診査実施要綱に基づき、健康診査料を請求します。

記

申請金額	円		
受給対象者	ふりがな (氏 名)		
	(生年月日)	年	月 日
出産日 (出産予定日)		年	月 日
健診医療機関	(所在)		
	都・道・府・県		
振込先 金融機関	銀行 農協 信用金庫		本店 支所 支店
	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな 口座名義人		
※委任状	上記の口座名義人を代理人として認め、補助金の交付を委任します。 申請者氏名： <span style="float: right;">㊟</span>		

※申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入

- 【添付書類】
1. 妊産婦等健康診査に係る領収書
  2. 未使用の妊婦一般健康診査受診票