

小国町妊婦健康診査費助成金申請書

令和 年 月 日

小国町長様

小国町妊婦一般健康診査費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり妊婦健康診査費の助成を受けたく、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)
住所 阿蘇郡小国町大字
電話番号 - -

太枠内をご記入ください。

Form with fields for name, address, phone number, birth date, and a table for pregnancy weeks (回数) with columns for date, fee (健診料), limit (助成限度額), and amount (助成額).

※個人情報の使用について：今回ご記入いただきました個人情報は、妊婦健康診査助成事業の実施のために使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。また、情報漏洩や不正が生じないように適切に扱います。

Form for bank information (振込先) including financial institution (金融機関), branch (支店), account type (種目), and account number (口座番号).

添付書類 □未使用の受診票 □妊婦健診を受けた医療機関が発行する領収書(写し) □母子健康手帳(写し)