

様式第1号（第4条関係）

妊婦健康診査費助成申請書

下記のとおり関係書類を添えて妊婦健康診査費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で助成対象者に関する住民票等の確認を行うことに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
助成対象者（受診者）	()	年 月 日
助成対象者の配偶者	()	年 月 日
助成対象者の住所	〒	電話 ()
申請者（口座名義人と同一であること） 氏 名 (印) （助成対象者又はその配偶者による自署又は記名押印） 妊婦健康診査受診のため支出した額 金 円 申請金額 金 円 年 月 日 白浜町長 様		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所
	預金種別	普通・口座 口座番号
	口座名義人 (申請者と同一であること)	

注:申請者欄には、助成対象者（受診者）又はその配偶者の氏名を記載してください。