

# 妊婦歯科健康診査助成金申請書

年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

妊婦歯科健康診査を受けましたので、下記のとおり請求します。

健診受診者 フリガナ 氏名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です→ (□申請者と同一人)  <p style="text-align: right;">(印)</p>		
住 所	久御山町	電話番号 ( )	—
生年月日	昭 ・ 平	年	月 日 ( 歳)
健診受診日		年	月 日
健診料金	円 (領収書原本添付)	※支給額	円
健診受診医療機関名			
申請者との続柄			
銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義人
		普・当	(フリガナ)
<input type="checkbox"/> 会計課 窓口	←役場窓口での受け取り希望の方はこちらへ <input checked="" type="checkbox"/> してください。		

太枠内の※印は、記入しないでください。

確認印

--