

妊産婦・乳幼児健康診査等費用助成申請書

平成 年 月 日

阿賀町長 様

住所 阿賀町 _____

申請者

氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、健康診査等費用の助成を申請します。

受診者 氏名		生年月日	
振込指定 金融機関	銀行・信組	支店	口座番号
			フリガナ
	金庫・農協	出張所	口座名義人

※申請者と口座名義人は同じ方になります。

(注) 添付書類

- 1) 母子健康手帳の写し (健康診査等の回数分かるもの)
- 2) 領収書

(阿賀町記入欄)

助成対象 の区分		① 妊産婦健康診査		
		② 乳児健康診査		
		③ 乳幼児精密健康診査		
添付書類	母子健康手帳の写し	有 ・ 無	領収書	有 ・ 無
費用の 内訳	自己負担額	円	助成額	円

支所で受付した場合は、健康福祉課に提出のこと。