

(ふりがな)		母子健康	
妊産婦氏名		手帳番号	
生年月日	年 月 日	電話番号	
住 所	〒		

妊産婦健康診査を受けた月日と医療機関名をご記入ください。

受診票	年 月 日	医療機関名	実費負担額 (A)	公費負担上限額 (B)
1				25,790円
2				6,500円
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
産後1				5,000円
産後2				

実費負担合計金額	公費負担額合計額	助成金額
円	円	円

口座振込名義人	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
	(ふりがな)		3 その他	
口座名義人				

蔵王町長 殿

上記のとおり、妊産婦健康診査費助成の支給を申請（請求）します。

年 月 日

氏名

印