

## 芽室町妊婦健康診査費助成申請書

申 請 者	住 所			
	(フリガナ)		電話番号	
	氏 名		生年月日	
	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	出生児氏名		出 生 日	
	出産施設名		出生順位	第 子
	同一世帯でない子がいる場合及び住民登録がない方のみご記入ください。 (具体的理由及び本籍、戸籍筆頭者名)			
振 込 先	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 組合 支店		
	(フリガナ)		口座種別	普 通 ・ 当 座
	口座名義人		口座番号	

上記のとおり、芽室町妊婦健康診査費助成要綱第3条の規定に基づき健康診査費の助成を申請いたします。

なお、支給の決定に際し、芽室町町税等の滞納に対する特別措置に関する条例に基づく納税状況の確認並びに世帯確認に伴う住民記録及び戸籍等の照会、また医療機関が発行した妊婦健康診査に要した費用の領収書がない時は、該当医療機関に照会することを承諾いたします。

芽室町長

あて

(申請者) \_\_\_\_\_

(添付書類)

- |  |
|--|
| 1 母子健康手帳の写し<br>2 医療機関が発行した妊婦健康診査に要した費用の領収書<br>3 外国人等で、住民登録がない場合は、住所地を証明できる公的書類<br>4 その他( ) |
|--|