

上士幌町妊産婦健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

住所
申請者
氏名

妊産婦健康診査費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請額	円
-----	---

(振込み先)

金融機関名	金庫・組合・農協・銀行	
	本店・支店(所) 店番号()	
口座種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
口座名義	フリガナ	
	氏名	

(申請額内訳)

<input type="radio"/> 妊婦健康診査(超音波検査含む)	9,000 円上限 (14回分まで)		
	_____ 回分	計 _____ 円	・・・A
<input type="radio"/> 産婦健康診査	5,000 円上限 (2回分まで)		
	_____ 回分	計 _____ 円	・・・B
<input type="radio"/> 妊婦健康診査(多胎の場合)	9,000 円上限 (5回分まで)		
	_____ 回分	計 _____ 円	・・・C
<input type="radio"/> 合計額	A + B + C = _____ 円		