

大井町長様

大井町産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

次のとおり大井町産婦健康診査費用助成の申請及び請求をします。

申請者	氏名	
	住所	大井町
	電話番号	— —
母子健康手帳番号		
受診医療機関等名称		
受診日	年 月 日	
請求金額	円	
振込先金融機関	金融機関名	銀行・金庫・農協
	本・支店名	本店・支店
	口座種類	普通・当座
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

(添付資料)

- ① 該当する大井町産婦健康診査補助券
- ② 医療機関の領収書（写し）