

年 月 日

箱 根 町 長 様

### 妊婦健康診査費用助成申請書

次のとおり、妊婦健康診査費用助成の申請をします。  
 なお、この事業に関し必要な町で保管する住民記録情報を町長が利用することを同意します。

住 所	箱根町		
ふりがな			
氏 名	印		
電話番号		母子健康手帳 No.	
補助券の回数 ※該当する回数に○をつけてください。	・医療機関専用券    ・ 2 回目    ・ 3 回目    ・ 4 回目 ・ 5 回目    ・ 6 回目    ・ 7 回目    ・ 8 回目    ・ 9 回目 ・ 10 回目    ・ 11 回目    ・ 12 回目    ・ 13 回目    ・ 14 回目		
受診医療機関名			
受診した期間	年 月 日から 年 月 日		
振 込 先 金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協                      店	1. 普通 2. 当座	口座番号
			フリガナ
			口座名義

\*妊婦さんご本人ではなく、代理の方が申請する場合は、以下も記入してください。

代理人氏名		続柄 (妊婦さんとの関係)	
-------	--	------------------	--

※妊婦健康診査費用の領収書の原本、未使用の補助券を添えて申請してください。なお、出産後6か月を経過した場合は申請できません。

※振込先口座については、妊婦さんご本人名義の口座をご記入ください。