

別記様式

県外における妊婦健康診査または乳児健康診査費用助成申請書兼請求書

平成 年 月 日

鯖江市長 様

〒

申請者 住所 鯖江市

(保護者) 氏名 ⑩

乳児氏名

(平成 年 月 日生)

TEL -

県外における妊婦健康診査または乳児健康診査受診費用助成金交付要綱第6条により、必要書類を添えて、次のとおり健診費用を申請（請求）します。

金 円也

請求明細一覧

\*健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

受診日	医療機関名	金額	健診種別	金額
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
. . .		円	一般・血液・子宮・HTLV1・クラミジア	円
			1・4・9-10	
合計		円		円

振込先

ふりがな			
口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	