茂原市妊婦健康診査費用助成申請書

受言	診 :	者 氏	名							(生年	月日	∃:	年	月	日)
出	産	日	等			名	F	月	日						
受	診明	医然	療												
機回	関	等	<u>名</u>			μп	△ +□ ¢	75 75	•	日4.114万		※受診票例		№ П.Ь.г	1-1-1-th
数	健診年月日						負担額		<u> </u>	助成額		の有無			成対象
			年	月	日			円			円	有・無			対象外
			年	月	日			円			円	有・無			対象外
			年	月	日			円			円	有・無			対象外
			年	月	日			円			円	有・無			対象外
			年	月	日			円			円	有・無			対象外
		-	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		-	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		4	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		4	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		4	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		4	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
		2	年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			—— 年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			—— 年	月	日			円			円	有・無		対象・	対象外
			—— 年	月	日			円			円	有・無			対象外
			<u></u> 年	月	日			円			円	有・無			対象外
助	I Fi					額 4	<u></u>								枚
助 成 対 象 額 合 計 円 受診票残枚数 枚 茂原市妊婦健康診査費用助成に関する要綱第4条の規定により、助成金を交付されたく、関係書類を															
添えて申請します。															
年 月 日 (宛先) 茂原市長															
	ا رقار	/ ////	1111			住									
氏名 電話															
						电	苗								
振		金融機関							銀行			支店			
	-] -	普通・当風	卒.	口座	番号	香 号					
込 先	-	(&		「な))					<u> </u>					
				義人											
※太枠内は記入しないでください。 受付年月日 年 月 日 受付番号 領収書返却												要・不要			
又门	十刀	\vdash		+	月	日	12	コーガーケー	1		上步	水可区型		女 1	女