

士幌町妊婦歯科健康診査費助成申請書

年 月 日

士幌町長 様

申請者 住 所 :
氏 名 : (初産婦 ・ 経産婦)
生年月日 :
電 話 :

下記のとおり歯科健診に要した費用の助成を受けたいので、申請します。

記

出産予定日又は出産日	年 月 日
健診実施日	年 月 日
健診にかかった費用	円
助成金額 (この欄は記入しない。)	円

振込先 金融機関名等	金融機関名	支店名	口座番号(右詰めで記入)							
				普通 当座						
ふりがな										
口座名義人										

【添付書類 (既に妊婦歯科健診を受診した方)】

- (1) 母子健康手帳など健診結果が記載されているものの写し
- (2) 妊婦歯科健診に係る領収書及び診療明細書