様式第1号（第7条関係）

　　年　　月　　日

（あて先）那珂川市長

　申請者　住所

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

妊婦歯科健康診査助成金交付申請書兼請求書

　那珂川市妊婦歯科健康診査助成金の交付を受けたいので、那珂川市妊婦歯科健康診査実施要綱第7条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

１　受診者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な受診者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 那珂川市 |
| 受診日 | 　　　年　　月　　日 | 　　　　 健康診査費用 | 円 |
| 医療機関名 |  | 申請金額 | 円 |
|  | **助成決定額（那珂川市記入欄）** | **円** |

２　助成金振込先（申請者と同名義）

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行農協信用金庫　 | 本店支店所 |
| 普通　・　当座 | **口座番号** |
|  |
| 口座名義人 | **（フリガナ）** |
|  |

３　添付書類等

(1) 医療機関が発行する健診料に係る領収書(診療明細書を含む。）

(2) 母子健康手帳の妊婦歯科健康診査結果記録欄の写し

(3) 妊婦歯科健康診査補助券の原本