

妊婦氏名	生年月日	年 月 日
住所 八雲町	電話番号	
八雲町長様		
上記のとおり関係書類を添えて、妊婦一般健康診査の公費負担分を申請します。		
年 月 日		
申請者住所 八雲町	電話番号	
氏名	(申請者との続柄)	

(注)・この申請書に領収書等を添付してください。

下記により支払ってください。

<input type="checkbox"/> 口座振込	銀行 信用金庫	本店 支店	種 目	口 座 番 号
<input type="checkbox"/> 役場窓口	金融機関コード	店舗コード	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 落部支所窓口				
<input type="checkbox"/> 熊石総合支所窓口	口座名義人	フリガナ		

(八雲町記入欄)

上記の件について、下記により決定してよろしいか。

起案年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 支給	<input type="checkbox"/> 不支給
課長	課長補佐	係長	合	議提案	費用額	支給決定額
					円	円
費用負担	医療機関	助産所		受診年月日		
<input type="checkbox"/> 第1回						
<input type="checkbox"/> 第2回						
<input type="checkbox"/> 第3回			<input type="checkbox"/> 第3回			
<input type="checkbox"/> 第4回			<input type="checkbox"/> 第4回			
<input type="checkbox"/> 第5回						
<input type="checkbox"/> 第6回			<input type="checkbox"/> 第6回			
<input type="checkbox"/> 第7回			<input type="checkbox"/> 第7回			
<input type="checkbox"/> 第8回			<input type="checkbox"/> 第8回			
<input type="checkbox"/> 第9回			<input type="checkbox"/> 第9回			
<input type="checkbox"/> 第10回			<input type="checkbox"/> 第10回			
<input type="checkbox"/> 第11回						
<input type="checkbox"/> 第12回			<input type="checkbox"/> 第12回			
<input type="checkbox"/> 第13回			<input type="checkbox"/> 第13回			
<input type="checkbox"/> 第14回			<input type="checkbox"/> 第14回			
<input type="checkbox"/> 超音波		x	回=			
確認	<input type="checkbox"/> 領収証			確認者氏名		
	<input type="checkbox"/> 住民票					