

妊婦健康診査時渡航費等助成申請書

令和 年 月 日

伊是名村長 殿

住 所

申請者氏名

印

電話番号

妊婦健康診査時渡航費等の助成を下記のとおり申請します。

妊 婦 氏 名					
親子健康手帳番号					
健康診査回数	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回
	9-1回	9-2回	9-3回	9-4回	9-5回
	9-6回	9-7回	9-8回	9-9回	
申 請 額	円				
添 付 書 類	領 収 書 受 診 証 明				

※健康診査回数欄は該当回数を○で囲んでください。

振 込 指 定 金 融 機 関 名	
金融機関名	農 協 ゆうちよ 沖 銀 琉 銀 その他()
店 名	本 店 ()支店
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

主管課長	課長補佐	係