

佐々町妊婦歯科健康診査助成費申請書兼請求書

年 月 日

佐々町長 様

〒

申請者 住所

氏名

電話

下記のとおり妊婦歯科健康診査を受診しましたので、関係書類を添えて申請および請求します。
また、申請に係る審査において必要があるときは、受診者が佐々町在住であること、受診医療機関への確認のために問い合わせすることを承諾します。
なお、1回の妊娠につき1回のみ助成であることに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
受診者氏名			
受診者住所	〒 ー 佐々町		
健 診 日	年 月 日		
受診した医療機関	名 称		
	所在地		
健康診査費用	円	申請額	円

※申請額は、健康診査費用と町が定める助成額（4,000円）を比較して少ない方とする。

妊婦歯科健康診査助成費を下記口座へ振込してください。

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協 本・支店		
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義			

添付書類 ①妊婦歯科健康診査に要した費用の領収書（実施医療機関名・健診日の分かるもの）レシート不可

※保険診療扱い分は対象となりません。助成額は、町が定めた金額内となります。

- ②妊婦歯科健康診査受診券
- ③母子健康手帳の受診日・結果等の記載のあるページの写し
- ④振込口座が確認できる通帳やカードの写し