様式第1号 (第5条関係)

妊婦歯科健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

朝日町長 様

申請者

住 所

氏 名

(支給対象者との続柄:)

電話番号

妊婦歯科健康診査を受診したので、朝日町妊婦歯科健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、朝日町が当申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳及び医療機関等における情報について必要と認める調査を行うこと、支給決定後の費用助成金請求書として取り扱うことに同意します。

申 請 額	金 額	円
支給対象者		
生年月日	年 月 日	
妊娠届出日	年 月 日	
受 診 日	年 月 日	
医療機関名		

○受取口座 (申請者名義の口座。長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

金 融 機 関 名	支 店 名	分 類	口 座 番 号 (右詰めでお書きください)	フリガナ
				口座名義
1銀行 5農協 2金庫 6協同 3信組 7信金連 4信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード 店 番	1普通 2当座		

[添付書類]

- 当該歯科健康診査に係る領収書類 (申請窓口で原本確認後写しを提出)
- 歯科健康診査の結果が記入された母子健康手帳又はこれを証する書類の写し

※町記入欄 確認した書類に☑を記入

- 申請者本人確認書類 運転免許証 マイナンバーカード 等
- 振込先金融機関講座確認書類 通帳 キャッシュカード