

第 1 号様式（第 4 条関係）

二宮町妊婦健康診査補助金交付申請書

年 月 日

二宮町長 殿

申 請 者 住 所
氏 名
電話番号

二宮町妊婦健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	二宮町		
申請理由	☐ 里帰り出産等で指定医療機関で受診することが困難なため		受診医療機関名	
	滞在先()		所在地	
	連絡先() —		名称	
その他()				
未使用の補助券	受 診 年 月 日	妊 婦 支 払 済 額	申 請 額	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
申請金額合計 円				
添付書類 ①妊婦健康診査費用補助券 ②領収書等 ③母子健康手帳の写し(妊婦健診の受診内容等の記載箇所)				