

様式第1号(第5条関係)

神河町妊婦歯科検診助成費請求書

検診にかかった費用を記載してください。(上限2,000円)
2,000円を超えた場合も
「2,000円」と記入をお願いします。

金 _____ 円

下記のとおり妊婦に対する歯科検診を受診したので、神河町妊婦歯科検診助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて検診費用の助成を請求します。

年 月 日

神河町長様

住所
氏名

印

歯科医療機関名	
受診日	

*添付書類 (1) 母子健康手帳
(2) 妊婦歯科検診領収書

【振込先】

振込先(申請者本人)の記入をお願いします

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店名	支店
口座名義人	フリガナ		
口座番号	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	