

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

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

㊞

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