

妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

笠松町長 様

申請者 住所 羽島郡笠松町

(電話)

氏名 印

種 別	助 成 額
①基本健診・初回血液検査・子宮頸がん検診	
②基本健診	
③基本健診・超音波検査	
④基本健診・血算検査	
⑤基本健診・血算検査・血糖検査	
⑥基本健診・GBS検査・クラミジア検査	
⑦基本健診・クラミジア抗原検査	
⑧基本健診・GBS検査	

妊婦健康診査を受けましたので、笠松町妊婦健康診査費用の助成に関する要綱の規定により、
受診票と領収書を添えて助成金を申請します。

妊婦健康診査費用領収書

(受診日の領収書をお持ちのかたは、直接お持ちください。)

(受診日の領収書がないかた)

下記により、医療関係の受診料金を証明してください。

領収額

--	--	--	--	--	--

円

上記のとおり領収いたしました。

年 月 日

(医療機関名 住所 代表者名)

印

振込先	金融機関名	店 名	種 目	口座番号	(ふりがな) 名 義 人
				普通・当座	

委任状

わたくしは、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

1 妊婦健康診査助成金受領の件

令和 年 月 日

委任者 住所

氏名

印