

様式第 1 号（第 9 条関係）

妊婦歯科健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

行橋市長 殿

申請者兼請求者 住所 行橋市
氏名
電話

行橋市妊婦歯科健康診査補助金の交付を受けたいので、行橋市妊婦歯科健康診査実施要綱第 9 条の規定に基づいて下記のとおり申請いたします。また、当該補助金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

1 受診者情報

ふりがな 受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	行橋市		
受診日	年 月 日	歯科健康診査費用 (A) (自己負担額)	円
医療機関名		補助上限額 (B)	円
		申請 (請求) 額 (A)または(B)いずれか少ない額	円

2 補助金振込先（申請者兼請求者と同名義）

名金融機関	銀行・農協 信金・信組・労金		本店・支店・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

3 添付書類等

- (1) 医療機関が発行する健診料に係る領収書の原本
- (2) 母子健康手帳の妊婦歯科健康診査結果記録欄の写し
- (3) 妊婦歯科健康診査受診券（健診報告書）の原本