

年 月 日

天童市妊婦歯科健康診査費用助成金申請書

天 童 市 長 様

申請者

フリガナ

氏名

住所

電話番号

妊婦歯科健康診査を受けたので、天童市妊婦歯科健康診査費用助成事業実施要綱第9条の規定により関係書類を添えて助成金を申請します。

なお、申請内容について歯科医療機関に照会することに同意します。

妊婦歯科健診を受けた方の氏名	(年 月 日生)
妊婦歯科健診を受けた日	年 月 日
歯科医療機関	
申請額	円 (5,320円を上限とする。)

振 込 先 口 座	金融機関名		本・支店名	本店 ()支店			
	金融機関コード		店番号				
	フリガナ						
	口座名義 (申請者と同じ)						
	口座種別	普通・当座・その他()					
	口座番号(右詰め)						

【持ち物】

- (1) 未使用の受診票（交付を受けている方）
- (2) 母子健康手帳
- (3) 歯科医療機関発行の検妊婦歯科健診の領収書の原本
- (4) 振込先口座の名義、口座番号が分かるもの