

里帰り等妊産婦・乳児健康診査等補助金交付申請書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
電話

私は、庄内町里帰り等妊産婦等康診査補助金交付要綱第2条に規定する補助要件に該当しますので、同要綱第5条の規定により補助金の交付を申請します。

1 請求金額

金額 円

2 実施医療機関

医療機関名	所在地	電話

3 振込先

金融機関名		店名	
種 目	普通・当座・その他()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人名			

備考

補助金の内訳を、次の申請額内訳に記入してください。

