

白石市産婦健康診査費助成申請書

決 裁	課長	課長補佐	係長	係
(ふりがな)			母子健康手帳番号	
産婦氏名			生年月日	年 月 日
住 所	〒 白石市 電話番号 ()			

産婦健康診査を受けた月日と医療機関の名称もしくは助産所の名称をご記入ください。

健診の種類	受診日	医療機関名	助成額（市で記入）
産後2週間頃	年 月 日		
産後1か月頃	年 月 日		
合計	回	金額	円

診査料の振り込みに使用する口座についてご記入ください。

銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号					
金融機関 コード	店舗コード							
口座名義人	(ふりがな)							

白石市長 殿

上記のとおり、産婦健康診査費助成の支給を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

印