

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

鳥羽市妊婦歯科健康診査費用助成申請書兼請求書

鳥羽市長 様

申請者 住 所

氏 名

(生年月日： 年 月 日)

電話番号

受診者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 鳥羽市		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 年 月 日		
出産(予定)年月日		年 月 日		
妊婦歯科健康診査	受診日	健診費用(A)	助成限度額(B)	助成額*
	年 月 日	円	円	円

*助成額は(A)と(B)で比較して、低いほうの金額を記入

振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信漁連	支店・本店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		

添付書類

- (1)母子健康手帳に記載されている「妊婦歯科健康診査結果」の写し
- (2)歯科健診を受けた歯科医療機関等が発行する「領収書」
- (3)未使用の「妊婦歯科健康診査依頼票」
- (4)通帳（口座番号が確認できるもの）の写し