

様式第 1 号(第 6 条関係)

長柄町妊婦歯科健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

長柄町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

妊婦歯科健康診査を受診したため、長柄町妊婦歯科健康診査費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により次のとおり申請します。また、長柄町が妊婦歯科健康診査費用助成金申請に係る事務を行うにあたり住民基本台帳などを閲覧することに承諾します。

記

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
受 診 日	年 月 日
交 付 申 請 額	円

【注意事項】

- ① 受診日から 1 年以内に申請してください。
- ② 助成金の額は上限 5 千円とし、支給回数は 1 回のみとします。
- ③ 助成対象は検査費用のみとし、治療にかかった費用は対象外です。

振 込 口 座	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 労金 ・ 農協	
	支 店 名	本店 ・ 支店	普通口座
	口 座 番 号		
	フリガナ 口座名義人		