

中山町妊婦歯科健康診査費用助成申請書

中山町長 様

申請者（請求者）
住所 中山町
氏名
妊婦歯科健診を受けた方との続柄
電話番号

妊婦歯科健康診査の償還払いを申請したいので、中山町妊婦歯科健康診査費用助成事業実施規程第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請に必要な妊婦歯科健康診査の内容を中山町が歯科医療機関等に確認することに同意します。

妊婦歯科健診を受けた方の氏名	ふりがな 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	※申請者と同じ場合は省略可	
歯科医療機関名 及び所在地			
妊婦歯科健診を受けた年月日	受診日	自己負担額（保険適応外）	
	年 月 日	円	
申請額 ※町負担上限額：5,320 円	円		
添付書類	☐ 領収書 ☐ その他（ ）		

- ・支給決定後、申請者名義の口座に振り込みいたします。
- ・申請時、受診した記録が記載された母子手帳等をご持参ください。