　　　　年　　　月　　　日

**町田市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付請求書**

町田市長　様

住所

氏名 印

電話　　　　　　－　　　　－

　　　　　　年　　　月　　　日付け　　　町保予妊第　　　　号により交付決定

のありました助成金について、下記のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 妊婦 |  |
| 新生児 |  |
| 助成金交付請求額 | | 円 |
| 助成金交付決定額 | | 円 |