

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  
(初回産科受診料助成用)

町田市長 様

住所

氏名

印

電話

— —

年 月 日付け 町保予 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）	
助成金交付請求額	円
助成金交付決定額	円