

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