

別記様式（第5条関係）

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

大山町妊婦歯科健康診査費用助成金交付申請書

年度において、次のとおり助成金の交付を受けたいので、大山町妊婦歯科健康診査費用助成金交付要綱第5条の規定により申請します。なお、必要なときは、本町の住民であることを公簿等により確認することに同意します。

記

- 1 助成金の名称 大山町妊婦歯科健康診査費用助成金
- 2 助成金交付申請額 \_\_\_\_\_ 円
- 3 添付書類（写し可）
  - （1）健診日及び受診記録が確認できるもの（母子健康手帳等）
  - （2）歯科健康診査の額を証明できる領収書
  - （3）その他（生活保護証明書等）