

様式第 1 号（第 1 2 条関係）

須恵町妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

須 恵 町 長 殿

委託医療機関等以外で妊婦健診を受診し、須恵町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

1. 申請者（受診者）

氏 名	
住 所	
電話番号	
実施医療機関名 所在地	

2. 助成金申請額

補助券 番号	受診年月日	申請額	備考欄（添付書類 の検診内容等）	決定額 （役場記入欄）
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
支給決定額				円

※ 裏面につづく

3. 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協	支店名	支店
口座種別	1.普通預金 2.当座預金		
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

※ 口座名が申請者の名義でない時は下記の欄に記入してください。

委任欄
 支払金の受領を 【 (口座名義人を記入) 】 に
 委任します。
 年 月 日
 (委任を依頼した方の氏名 _____)

4. 添付書類

- (ア) 医療機関が発行する領収証の写し・明細書
(イ) 受診結果等（妊婦健診補助券）
(ウ) 母子健康手帳、妊娠中の経過

* (イ)、(ウ) はどちらか一方で可