

様式第1号（第4条、第6条関係）

（表）

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市産婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

あきる野市産婦健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、あきる野市産婦健康診査受診費助成金交付要領第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 申請（請求）内容

産 婦	フリガナ				
	氏 名				
	住 所				
助 成 対 象 健 診	受診回数	受診年月日	医療機関名又は助産所名	受診地 (都道府県名)	費用負担額
	1 回目	年 月 日			円
	2 回目	年 月 日			円
合 計					円
助成金交付申請（請求）額					円

（添付書類）

- 1 住民票の写し
 - 2 母子健康手帳の産婦健康診査受診記録が記載されている箇所の写し
 - 3 産婦健康診査を受診した医療機関又は助産所の発行した領収書の写し
- ※ 1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、申請内容について医療機関又は助産所に確認すること及び私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

年 月 日

氏名

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

(裏)

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 労働金庫							本店 支店 出張所
種 目	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								