

妊婦健康診査費助成事業申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

住所

申請者 氏名



電話番号() -

妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、私の世帯にかかる市税等関係資料を妊婦健康診査費助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

フリガナ 受診者氏名			
母子健康手帳番号			
受診医療機関名			
受診医療機関住所			
受診回数	回		
出産予定日	平成 年 月 日		
添付書類	領収書 児童手当用所得証明書		
主たる生計維持者	氏名		転入の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 平成 年 月に宍粟市に転入
振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協 本店 支店・出張所	
	預金種別・口座番号	普通・当座	口座番号
	口座名義人	フリガナ()	
妊婦健康診査に要した本人の負担額	円		
助成申請額	円(上限3万円)		

この申請書の提出により、上記振込先への助成金の振り込みに同意したものと見なします。

☆記入例:色の付いた部分をご記入下さい

妊婦健康診査費助成事業申請書兼振込依頼書

記入しないで下さい → ~~年 月 日~~

宍粟市長 様

住所 宍粟市〇〇町△△

申請者 氏名 宍粟 花子 (印)

電話番号 (0790)〇〇-△△△△

必ず押印して下さい(2箇所)

妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、私の世帯にかかる市税等関係資料を妊婦健康診査費助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

フリガナ 受診者氏名	シソウ ハナコ 宍粟 花子		
母子健康手帳番号	宍〇-△△		
受診医療機関名	〇〇病院		
受診医療機関住所	〇〇市△△町□□12-3		
受診回数	回		
出産予定日	平成〇〇年 △△ 月 □□ 日		
添付書類	領収書 児童手当用所得証明書		
主たる生計維持者	氏名	宍粟 太郎	転入の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 平成〇〇年△△月に宍粟市に転入
振込先	金融機関名	△△	<input type="checkbox"/> 銀行 組合 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫・農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所 (印)
	預金種別・口座番号	普通 当座	口座番号 1234567
	口座名義人	フリガナ(シソウ ハナコ) 宍粟 花子	
妊婦健康診査に要した本人の負担額	円		
助成申請額	円 (印) 万円		

記入誤りがあった場合、二重線を引いて訂正印を押し、空いているスペースに正しく書き直してください。

(※太枠に囲まれた部分については記入しないでください。)

この申請書の提出により、上記振込先への助成金の振り込みに同意したものと見なします。

必ず受診されたご本人名義の口座をご記入下さい。配偶者(夫)名義の口座では申請できません。

記入しないでください!!
申請額に誤りがある場合、再度書き直していただく必要があります!
ご注意ください。(訂正印も無効です)