

妊婦健康診査費助成金交付申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

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、私の世帯に係る市税等関係資料を助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

申請者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			
	電話番号			
母子健康手帳番号				
母子健康手帳発行日		年 月 日		
母子健康手帳発行市町村名（転入の場合のみ）				
受診医療機関名				
受診医療機関住所				
助成券使用済枚数		5,000円助成券 枚	1,000円助成券 枚	
助成対象受診回数		回		
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	普通・当座	口座番号	
振込先	ふりがな			
	口座名義人			
助成金申請額		円（上限9万3千円）		

この申請書の提出により、上記振込先への振込に同意したものとみなします。

（申請者本人名義以外の口座の場合）

妊婦健康診査費助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

【申請者氏名】 _____ 印