

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

東かがわ市長 殿

申請者 住所

氏名

（対象者との関係）

東かがわ市妊婦健診受診助成金交付申請書

東かがわ市妊婦健診受診支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

助成金額 金 \_\_\_\_\_ 円（2,000円× 回数）

フリガナ 対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所	東かがわ市	電話番号	
出産年月日		年 月 日	

この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。

※以下は東かがわ市記入欄ですので記入しないで下さい。

回数	受診年月日	受診医療機関	回数	受診年月日	受診医療機関
1回			9回		
2回			10回		
3回			11回		
4回			12回		
5回			13回		
6回			14回		
7回			15回		
8回			16回		

東かがわ市妊婦健診受診助成金請求書

年 月 日

東かがわ市長 殿

住 所

氏 名

㊞

東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金について、下記のとおり請求します。

1. 請 求 額 \_\_\_\_\_ 円

( 内 訳 )	2,000円 × 回
---------	------------

2. 振 込 先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義人		

(添付) 請求者名義の通帳の写し

※請求者と口座名義人は同一のこと。