

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

（電話番号 ）

（対象者との関係 ）

東かがわ市妊婦健診受診支援事業助成金交付申請書

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× 回分）

対象者氏名	☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住 所	☐ 申請者と同じ 東かがわ市	電話番号	☐ 申請者と同じ
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ください。

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			1 1 回		
2 回			1 2 回		
3 回			1 3 回		
4 回			1 4 回		
5 回			1 5 回		
6 回			1 6 回		
7 回			1 7 回		
8 回			1 8 回		
9 回			1 9 回		
1 0 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

印

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, 0 0 0 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	☐ 普通 ☐ 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