

年 月 日

下 呂 市 長 様

申請者住所 (郵便番号)

申請者氏名

### 妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

委託医療機関以外（助産所も含む）で妊婦健康診査を受けたので、下記のとおり妊婦健康診査助成金の申請及び請求をいたします。

記

1 申請（請求）額 金 円  
(申請される各地域保健センター、振興事務所窓口で確認の上、記入してください)

2 本事業を申請するにあたって、下記の通り同意します。(☑をお願いします)

妊婦健康診査に係る診療明細書が添付できない場合は、市が検査内容等を医療機関等へ照会することに同意します。

3 補助金振込先

口座名義人	フリガナ											
	氏 名											
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口 座 番 号									
銀行 金庫 農業協同組合 信用組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座										
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号							
	1			0								

(注意) 振込口座は、申請者（請求者）名義に限ります。

添付書類 : 結果が記入された妊婦健康診査受診票  
妊婦健康診査に係る領収証及び診療明細書  
振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

持参書類 : 母子健康手帳