

様式第2号（第8条関係）

名張市産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

名張市長 宛て

名張市産婦健康診査実施要綱（令和元年告示第59号）第8条第2項の規定に基づき、名張市産婦健康診査費用の助成を申請します。

申請者住所 〒

名張市

氏名（産婦）

印

電話（ ） -

申請金額 円

申請者 (産婦)	氏名	( )	生年月日	年 月 日生	
	住所	〒 名張市 ※申請者と同じ場合は記載不要			
受診日		診査費用（実額）	助成限度額	接種状況	実施医療機関名
1回目： 年 月 日		円	5,000円	<input type="checkbox"/> 請求済 <input type="checkbox"/> 今回請求	
2回目： 年 月 日		円	5,000円	<input type="checkbox"/> 今回請求	

(添付資料) 1 名張市産婦健康診査受診票兼結果票 2 医療機関発行の領収書

※受付年月日	年 月 日	(承認・不承認)	年 月 日
※受付者		*決定年月日	
*受給者番号		*助成額	円

名張市産婦健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名

印

交付決定された産婦健康診査費用助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支店	預金種目	口座番号 (行先でご記入ください。)			
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座				
ゆうちょ銀行(郵便局)	記号 (行先でご記入ください。) 6桁目以降の数字を欄にご記入ください。		番号 (行先でご記入ください。)			
貯金通帳の封筒または記載された従来の口座の記号・番号を記入してください。	1	0 -				
(フリガナ)	*必ず記入してください。					
口座名義人						

(裏面)

領収証の原本を添付してください。

領  
収  
証  
等  
書  
類  
添  
付  
欄