様式第２号（第１０条）

　　　年　　月　　日

四街道市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

四街道市産婦健康診査助成金支給申請書

　四街道市産婦健康診査助成金の支給を受けたいので、四街道市産婦健康診査実施要綱第１０条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 対象者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 受診医療機関等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　－　　　　　　－ |
| 同意事項 | □ 受診結果について医療機関等に確認を行うことに同意します。 |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
| 添付書類 | ・健康診査に係る医療機関等が発行した領収証・医療機関等が受診結果を記入した受診票・産婦が記入した質問票・母子健康手帳の写し・受取口座を確認できる書類の写し |