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 | | | | | | | | | | |