|  |
| --- |
| 申請日　　２　年　５　月　１　日いなべ市長　宛て申請者（受診者）　　　　　　　　　　　　　　　　　受診日から1年以内の申請であることを確認する。1年以上経過したものは助成できません。住所　〒511　－0498　　　　　　　　　　　　　　いなべ市　北勢　町　阿下喜３１　　　　　　　　　　氏名　　いなべ　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　　自記筆であれば押印は不要です。電話番号（自宅）　0594　－86－7824　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯）　　　－　　－　　　　　　　いなべ市産婦健康診査費助成申請書産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、いなべ市産婦健康診査実施要綱第９条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。 |
| 産婦健康診査受診日 | 申　　請　　額 | 交付決定額（※市記入欄） |
| １ | 　　２年　　４月　１４日 | 　　　５，０００円 | * 円
 |
| ２ | ２年　　４月　３０日 | ５，０００円 | * 円
 |
| 助　成　金　の　振　込　先 |
| 金融機関名 | 店名 | 種別 | 口座番号 | （ふりがな）口座名義人 |
| 銀行金庫農協 | 支店本店出張所 | 普通・当座 |  |  |
| 備考　申請に当たっては、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人が確認できるものをご提示ください。 |
| 　申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。　申請者と口座名義人が違う場合記入をお願いします。記　　上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。委任者　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　受任者　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（口座名義人）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　添付書類領収書（コピー可）・いなべ市産婦健康診査受診票・母子健康手帳健診受診欄の写し※産婦健康診査受診票は受診時に医療機関等で記入してもらってください。　　　　　　　 |