

申請日 令和 年 月 日

いなべ市長 宛て

申請者（受診者）

住所 〒 —

いなべ市 町

氏名

電話番号（自宅） — —

（携帯） — —

いなべ市妊婦健康診査費助成申請書

妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、いなべ市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

妊婦健康診査受診日			申請額	交付決定額（※市記入欄）
1	年 月 日		円 ※	円
2	年 月 日		円 ※	円
3	年 月 日		円 ※	円
4	年 月 日		円 ※	円
5	年 月 日		円 ※	円
6	年 月 日		円 ※	円
7	年 月 日		円 ※	円
8	年 月 日		円 ※	円
9	年 月 日		円 ※	円
10	年 月 日		円 ※	円
11	年 月 日		円 ※	円
12	年 月 日		円 ※	円
13	年 月 日		円 ※	円
14	年 月 日		円 ※	円
合計			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		

注・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持参ください。

・口座名義人が申請者本人以外の場合は、委任状を添付してください。

添付書類

・領収書（コピー可）・母子保健のしおり内の妊婦一般健康診査結果票・母子健康手帳健診受診欄の控え

※妊婦一般健康診査結果票は受診時に医療機関で記入してもらってください。