

様式第2号（第10条関係）

行田市産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

行田市長

他の市町村で産婦健康診査費用の助成を受けていないため、行田市において行田市産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、行田市産婦健康診査助成要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、この申請の審査に当たり行う確認事項について調査すること、医療機関等に照会することに同意します。

*太枠内を記入してください。

フリガナ				生年月日	年	月	日
産婦氏名				出産日	年	月	日
現住所	〒 -			電話番号：			
受診医療機関名							
受診状況及び申請額 <small>(1回上限5,000円)</small>	1回目	受診日： 年 月 日		申請額：	円	申請合計額 円	
	2回目	受診日： 年 月 日		申請額：	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 助成を申請する産婦健康診査の領収書原本及び診療明細書（審査終了後、返却します） <input type="checkbox"/> 産婦健診の結果が記載された産婦健康診査助成券（2枚複写の行田市発行のもの） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（「表紙」及び「出産後の母体の経過」の写し） <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるものの写し						
受診日における住所	*現住所と異なる場合はご記入ください 行田市						
申請日： 年 月 日							
申請者（請求者）氏名 _____							

上記の助成金については、次の口座に振り込んでください。（産婦本人の口座に限る。）

振込先記入欄	金融機関名		支店名			種別		
						1 普通 2 当座		
	金融機関コード		店舗コード	口座番号				
	フリガナ			検収日		債権者コード		
口座名義			年 月 日		㊦			

市確認欄

転入日	年 月 日	転出日	年 月 日	助成金交付決定額	円
-----	-------	-----	-------	----------	---