

様式第2号（第11条関係）

年 月 日

大野城市長 宛

住所

申請者（受診者）氏名

印

電話番号（ ） —

大野城市産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

大野城市産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、大野城市産婦健康診査実施要綱（令和6年要綱第10号）第11条第1項の規定により下記のとおり申請します。
また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

- 1 助成金交付申請額 円
- 2 申請に係る受診回数 回
- 3 助成金振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金							本店 支店 出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号						フリガナ	
	その他（ ）							口座名義	

4 添付書類

- (1) 自己負担健診料に係る領収書（自己負担健診料の額が確認できる診療明細書等を含む。）又はその写し
- (2) 未使用の受診券
- (3) 母子健康手帳の記録等、申請に係る任意の産婦健診の健診項目を証するもの

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	年 月 日
申請者氏名	印