

<記入例>

様式第2号（第9条関係）

大野城市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

※1

〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先）大野城市長

- ※1 提出する日を記入してください。
- ※2 必ず押印してください。
- ※3 昼間に連絡のとれる連絡先を記入してください。

住所 大野城市〇〇〇〇〇〇

申請者（受診者）氏名 大野城 まどか 印 ※2

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※3

大野城市妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、大野城市妊婦健康診査実施要綱第9条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

※4

- 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

※4 《ご注意ください》
助成の対象となる検査項目は決まっています。また、助成金額には上限があります。
申請額、受診回数に誤りがあると、再度記入していただくことがありますので、不明な場合は空欄のまま提出してください。

※5

（金融機関名）	〇〇〇〇銀行	〇〇〇〇支店（所）
普通	・ 当座	（口座番号 〇〇〇〇〇〇〇）
（口座名義人）フリガナ	オノジヨウ マドカ 大野城 まどか	

- 4 添付書類 自己負担した健診料に係る領収書の写し
妊婦健康診査補助券（未使用分）
- 5 提示するもの 医療機関等により記載を受けた母子健康手帳

※5
振込先は、申請者本人名義の口座を記入してください。

※大野城市に住民票がある期間についての申請となります。