

妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

南あわじ市長 様

住 所

氏 名

㊞

電 話

※初回受診日後に南あわじ市から転出された方
転出日： 年 月 日
転出前の住所：南あわじ市

妊婦健康診査を受診したので、助成金を交付されたく、南あわじ市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により申請します。

なお、市が助成金交付決定の審査に当たり、住民登録情報を確認し、及び医療機関等へ照会することに同意します。

- 1 交付申請額 円
- 2 受診回数 回
(年 月 日から 年 月 日まで)
- 3 受診者の氏名
及び生年月日 年 月 日
- 4 受診医療機関等名
及び所在地

助成金の交付決定後、交付決定額を請求します。助成金を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 ・農協・労金
	本店 ・ 支店
フリガナ 口座名義人	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	

※ 原則として受診者本人名義の口座をご指定ください。本人名義以外の口座を希望する場合は、次の委任状に本人の記入・捺印が必要です。

委 任 状	
私は、妊婦健康診査費助成金の受領を（住所） （氏名）（請求者との関係）に委任します。 年 月 日 請求者氏名 ㊞	