

年 月 日

小竹町長 様

住 所 小竹町 番地

申請者氏名 (受診者) 印

小竹町妊婦健康診査助成金交付申請書

小竹町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、小竹町妊婦健康診査実施要綱第9条の規定により、下記のとおり申請します。

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

(受領委任をするとき)

上記の金額については、次の口座名義人に振込むことを承諾します。

委任者
住 所
氏 名 印

(金融機関名)	銀行	支店(所)
(普通・当座)	口座番号	
(口座名義人)	フリガナ	

4 添付書類

- (1) 指定外医療機関等が発行する妊婦健康診査に係る領収書の写し
- (2) 母子保健法第16条第2項の規定により記載を受けた母子健康手帳の当該申請に係る妊婦健康診査に関する部分の写し
- (3) 未使用の妊婦健康診査受診票兼補助券
- (4) その他関係書類