

<記入例>

大 G1	中 07	小	細 (5)	子育て支援課 母子保健係	文書番号	番
保 存 期 限	年 限 5年	公 開 区 分	可 否	時 限 否	年 月 日	供 覧
	年 3月	否 理 由		8条 項 1号	決 裁	年 月 日
決 裁	部 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	

捨
印

県外医療機関（助産所を含む）妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

(あて先) 飯塚市長 令和 年 ~~×~~ 月 日 空欄

妊婦さんの印鑑

県外医療機関及び県外助産所妊婦健康診査助成金の交付を申請し助成金の請求をいたします。なお、この申請の審査のため、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

氏名 (妊婦) 飯塚 花子 印 生年月日 平成元年 4月 / 日生

住所 飯塚市 新立岩 5番 5号

電話 0948 - 43 - 3305

空欄でお願いします

金 × 円也

窓口に来訪者の印鑑

請求者 氏名 飯塚 太郎 印 生年月日 平成元年 4月 / 日生

(窓口に来た方) 住所 飯塚市 新立岩 5番 5号 (窓口に来た本人が来られる場合)

*申請者と請求者が異なる場合のみ記入すること (郵送での請求の場合は空欄)

添付書類

- (1) 県外で受診した医療機関及び助産所の領収書・明細書の写し
- (2) 妊婦健康診査受診券 (請求用)
- (3) 委任状 (申請者と請求者が異なる場合及び妊婦以外の口座に振り込む場合に限り)

(振込指定口座) 私が貴殿から受領する助成金については、下記口座に振込みをお願いします。

銀行名	〇〇銀行	支店名	飯塚支店
口座種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	イツカ イナコ		
口座名義人	飯塚 花子		

妊婦以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です

*****以下は記入しないで下さい (事業担当使用欄) *****

受付日	窓口対応者名
令和 年 月 日	
備考	