

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 年月日
	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	

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	
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) _____ (印) 生年月日 _____ 年 月 日生	
住所 飯塚市 _____	
電話 _____	
<u>金</u> _____ <u>円也</u>	
請求者 (窓口に来た方)	氏名 _____ (印) 生年月日 _____ 年 月 日生 住所 飯塚市 _____ *申請者と請求者が異なる場合のみ記入すること
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る)	

(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		支店名	
口座種別	普通 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

*****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	