

岐南町妊婦健康診査費用の助成申請書

受診者名					母子手帳番号
健診場所					
回数	健診年月日	妊娠週数	健診料	助成額	
1	年 月 日	週	円	円	
2	年 月 日	週	円	円	
3	年 月 日	週	円	円	
4	年 月 日	週	円	円	
5	年 月 日	週	円	円	
6	年 月 日	週	円	円	
7	年 月 日	週	円	円	
8	年 月 日	週	円	円	
9	年 月 日	週	円	円	
10	年 月 日	週	円	円	
11	年 月 日	週	円	円	
12	年 月 日	週	円	円	
13	年 月 日	週	円	円	
14	年 月 日	週	円	円	
助成額合計					円
<p>上記のとおり岐南町妊婦健康診査費用の助成に関する要綱の規定により申請します。</p> <p>岐南町長様</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 岐南町</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>電話番号 ( ) -</p>					
振込先金融機関	農協・銀行・信用金庫			本店・支店	
預金種別	普通・当座	口座番号			
(フリガナ) 口座名義人	( )				

※領収書を裏面に添付のこと。

※申請者(母)と振込先の名義人が異なる場合は、裏面委任状に記入してください。

(記入例)

委任状

口座名義人を記入

わたしは、岐南 太郎 を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 妊婦健康診査費用助成金受領の件

年 月 日

委任者 住所

申請者(妊婦・産婦)を記入

氏名

岐南 花子

印

---

委任状

わたしは、

を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 妊婦健康診査費用助成金受領の件

年 月 日

委任者 住所

氏名

印