

音更町妊産婦健康診査受診費用助成金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所  
氏 名

(署名又は記名・押印)

(電話番号 - - )

音更町妊産婦健康診査受診費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助成金申請額	金 円				※町使用欄
受診日と受診費用の自己負担額	妊婦健診	1	年 月 日	円	円
		2	年 月 日	円	円
		3	年 月 日	円	円
		4	年 月 日	円	円
		5	年 月 日	円	円
		6	年 月 日	円	円
		7	年 月 日	円	円
		8	年 月 日	円	円
		9	年 月 日	円	円
		10	年 月 日	円	円
		11	年 月 日	円	円
		12	年 月 日	円	円
		13	年 月 日	円	円
		14	年 月 日	円	円
		15	年 月 日	円	円
		16	年 月 日	円	円
		17	年 月 日	円	円
	産婦健診	1	年 月 日	円	円
		2	年 月 日	円	円
受診した医療機関	名 称				
	住 所				
	電話番号				
添付書類 (該当する欄に○印を記載願います。)			自己負担した健康診査に係る費用が確認できる領収書、診療明細書の写し		
			妊婦健診日が記入された母子健康手帳のページの写し		
			産婦健診日が記入された母子健康手帳のページの写し		
			振込先口座情報を確認できるものの写し（通帳、キャッシュカード等）		
備考					

**【振込希望口座】**

- ・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。
- ・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。
- ・口座情報が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写しを添付してください。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名  本店・本所 支店・支所	預金種別	普通・当座・組勘
(フリガナ) 口座名義人	( )	口座番号		

2 ゆうちょ銀行（郵便局）

記号 <small>(左詰でお書きください)</small>	1         0   -	番号 <small>(右詰でお書きください)</small>	
*貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 <small>(通帳貯蓄貯金への振り込みはできません。)</small>		(フリガナ) 口座名義人	( )