

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

鴻巣市産婦健康診査助成金交付申請書

（宛先）鴻巣市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

産婦健康診査を受診しましたので、鴻巣市産婦健康診査助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、本申請に基づく助成金支払事務に当たり、市が住民基本台帳等の確認及び受診医療機関等に受診状況等の確認をすることに同意します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
出産日	年 月 日		
受診日	年 月 日		
受診医療機関等	名称		
	所在地	電話番号	
負担額	円		
交付申請額	円		

振込口座

金融機関		本・支店名	店
口座種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	