

様式第1号(第5条関係)

(表)

年 月 日

鴻巣市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

(宛先)鴻巣市長

住 所
申請者 氏 名
(妊産婦との続柄)
電話番号

妊婦健康診査を受診しましたので、鴻巣市妊婦健康診査助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。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に受診状況等の確認をすることに同意します。

妊 産 婦 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
母子健康手帳交付日		年 月 日	母 子 健 康 手 帳 番 号	
受 診 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地	電話番号		
交付申請（請求）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	

(裏)

妊婦健康診査の内訳

[illegible]