

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兼請求書

(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		
受診医療機関等	名 称		
	所在地	電話番号	
交付申請(請求)額 (① + ②)	円		
助成券の名称	受診年月日	負担額 (円)	助成額 (円)
産婦健康診査助成券	年 月 日		①
産婦健康診査助成券	年 月 日		②

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	