

妊婦健康診査費用助成申込書

年 月 日

（宛先） 秦野市副市長

申込者 住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____ ㊟

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

次のとおり、妊婦健康診査費用の助成を申し込みます。

母子健康手帳番号	母子健康手帳交付年月日		分 娩 年 月 日			
No.	年	月	日	年	月	日
健康診査種別	妊婦健診受診日	補助券の額 (a)		申 請 額 (b)	助 成 額 (a)と(b)で いずれか少ない額	
第1回目	年 月 日	10,000円		円	円	
第2回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第3回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第4回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第5回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第6回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第7回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第8回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第9回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第10回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第11回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第12回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第13回目	年 月 日	5,000円		円	円	
第14回目	年 月 日	5,000円		円	円	
合 計	回				円	

振 込 先	金融機関名		銀行・信用金庫・農協・（ ）					
	口座名義人 (かか)				支店名			
	口 座 番 号							

※ 申請者以外の口座に振り込むときは、次の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。	
(住所)	(氏名)
年 月 日	申請者兼請求者氏名 ㊟

【市処理欄】（提出書類） 助成を受ける未使用の妊婦健康診査補助券 妊婦健診受診領収書
 母子健康手帳（健診の記録）の写し 振込先口座の確認できる書類の写し