

様式第1号（第4条関係）

妊産婦健康診査費等助成申請書

次のとおり関係書類を添えて妊産婦健康診査費等の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
助成対象者（受診者）	()	年 月 日 (歳)
助成対象者の配偶者※	()	年 月 日 (歳)
助成対象者の 住 所	〒 電話 ()	
<p>申請者（口座名義人と同一であること）</p> <p>氏 名 _____</p> <p>受診のため支出した額 金 _____ 円</p> <p>申請金額 金 _____ 円（上限： _____ 円）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 紀の川市長</p>		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所
	預 金 種 別	普通・当座 口座番号
	口 座 名 義 人 (申請者と同一 であること)	

備考

申請者欄には、助成対象者（受診者）又はその配偶者の氏名を記載してください。
 なお、助成対象者（受診者）が申請者となる場合は、※欄は記入不要です。