様式第１号（第５条関係）

産婦健康診査助成金交付申請書

年　　月　　日

ふじみ野市長　宛て

申請者　住所

氏名

（自署の場合は、押印不要です。）

電話番号

下記のとおり産婦健康診査受診料の助成を受けたいので、ふじみ野市産婦健康診査助成金交付要綱第５条の規定により申請します。また、市が交付決定に当たり、受診した医療機関等へ確認を行うことに同意します。

なお、交付される助成金は、下記の指定口座に振り込むようお願いします。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　円

２　指定口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座の種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| （ふりがな）口座名義人 |  |

３　添付書類

(1) 助成券等

(2) 受診した医療機関が発行した領収書原本

(3) 産婦健康診査の内容が確認できるもの

(4) 母子健康手帳