

様式第1号（第5条関係）

## 産婦健康診査助成金交付申請書

令和6年4月1日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所 **ふじみ野市福岡●-▲-■**  
氏名 **ふじみ野 花子**  
電話番号 **090-0000-▲▲▲▲**

産婦ご本人の氏名を  
ご記入ください。

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

助成の対象となる健診項目について、上限  
5,000円まで助成します。

2 指定口座

金融機関名	〇〇銀行	支店名	▲▲支店
口座の種別	普通・当座	口座番号	0123456
(ふりがな) 口座名義人	ふじみ野 花子		

3 添付書類

- (1) 助成券
- (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) 母子健康手帳健診欄の写し

産婦ご本人の口座を  
ご記入ください。