

天草市産婦健康診査費助成申請書

年 月 日

天草市長 馬場 昭治 様

関係書類を添えて、次のとおり産婦健康診査費の助成を申請します。

申 請 者							
産婦住所		天草市					
産婦氏名		母子健康手帳交付番号					
電話番号							
私が天草市より支払いを受ける助成金についてはすべて下記の口座へ振替えてください。							
振 込 先 ※申請者の口座を記入ください。	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	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号				(左詰記入)		
申請額 (合計)		金	円	助成額 (合計)		金	円
内 訳	第1回	金	円	内 訳	第1回	金	円
	第2回	金	円		第2回	金	円

注) 太枠の中をご記入ください。

(申請に必要な書類)

- 1 天草市産婦健康診査受診票
- 2 天草市産婦健康診査問診票
- 3 医療機関発行の領収証の写し(請求分すべて)

(氏名、日付、金額がはっきり分かるようにコピーしてください。)

*申請の際は母子健康手帳を持参ください。

申 請 受 理 年 月 日