

桑名市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

(宛先) 桑名市長

産婦健康診査費用を助成されるよう、桑名市産婦健康診査事業実施要綱第9条第3項の規定に基づき下記のとおり申請します。
この申請に際し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。

※太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日 提出

産婦氏名 (申請者)	フリガナ	産婦生年月日 昭和・平成
住民票登録地 【申請時】		
転出前住所 【受診時】	※受診時の住所が、住民票登録地と異なる場合は記入 桑名市	
産婦連絡先 (連絡がとれる番号)	携帯・自宅・その他 ()	
受診医療機関等の 名称		
区分	(令和 年度分)	
	① 1回目 (産後2週間前後)	令和 年 月 日 受診
	② 2回目 (産後1ヶ月前後)	令和 年 月 日 受診
助成申請額	円	

振 込 先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号			
	金融コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座				
	フリガナ						
	口座名義人						

私は、桑名市産婦健康診査事業の助成金の受領に関わる一切の権限を下記の者に委任します。

受任者(口座名義人)

氏名 _____ 申請者からみた続柄 _____

申請者署名 _____ (印)

※ 申請者名と口座名義が異なる場合は(旧姓の場合等)、同一人物でも上記にご記入ください。

【市 処理欄】 領収書返却希望
(令和 年度分)

受付印

区 分	1 回 目	2 回 目	助成決定額(合計)
上 限 額	5,000円	5,000円	円
領収書金額	円	円	
助 成 額	円	円	

窓口対応者()