

様式1

沼田市妊婦健康診査費助成金交付申請書

沼田市長様		申請日	年 月 日	
申請者 (妊婦)	(ふりがな) 氏名	ぬまた はなこ 沼田 花子		H1年 1月 1日生
	住所	〒378-0000 沼田市下之町888		電話 0278 (23)2111
妊婦健康診査費 (実際に妊婦健康診査に 要した額)	第1回(ピュアライトブルー:上限20,740円)	円	第11回(だいたい色:上限4,980円)	円
	第2回(灰色:上限4,780円)	5000円	第12回(もえぎ色:上限10,030円)	円
	第3回(濃クリーム色:上限6,330円)	円	第13回(だいたい色:上限4,980円)	円
	第4回(薄紅色:上限3,980円)	5000円	第14回(だいたい色:上限4,980円)	円
	第5回(薄紅色:上限3,980円)	円	多胎追加1回目(青色:上限5,000円)	円
	第6回(藤色:上限7,980円)	円	多胎追加2回目(青色:上限5,000円)	円
	第7回(だいたい色:上限4,980円)	円	多胎追加3回目(青色:上限5,000円)	円
	第8回(藤色:上限8,030円)	円	多胎追加4回目(青色:上限5,000円)	円
	第9回(ピュアライム:上限8,170円)	円	多胎追加(同じにしてください。)	円
	第10回(だいたい色:上限4,980円)	円		
助成金の振込先	(ふりがな) 口座名義人	ぬまた はなこ 沼田 花子	金融機関名	沼田銀行
	預金種別	普通・当座	支店名 (ゆうちょ銀行の 場合は店番)	沼田支店
			口座番号	123456
添付書類	1. 妊婦健康診査受診票原本(受診結果の記入されたもの) 2. 領収書原本(受診日と同じもの) 3. 母子健康手帳のコピー(表紙と妊娠中の経過) 4. 口座名義人と振込先の口座番号がわかる通帳またはカードのコピー			
沼田市処理欄	助成金交付申請額	円		
	申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付

<代理人が申請する場合> 記入しないでください。

代理人	(ふりがな) 氏名	ぬまた たろう 沼田 太郎	(申請者との続柄: 夫)
	住所	〒378-0000 沼田市下之町888	電話 23-2111

上記の者に申請を委任します。

妊婦氏名 **沼田 花子**

