

沼田市産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 (産婦)	(ふりがな) 氏 名			年 月 日生
	住 所	〒 電話番号 ( )		
産婦健康診査費用 (実際に検査に要した額)	2週間健診(上限 5,000円)			円
	1か月健診(上限 5,000円)			円
助成金の 振込先	(ふりがな) 口座名義人	金融機関名		
		支店名 (ゆうちょ銀行の場合は店番)		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
添付書類	1. 産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(表紙と産婦健康診査の結果のページ) 4. 口座名義人、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>

代 理 人	(ふりがな) 氏 名	(申請者との続柄: )	
	住 所	〒	電話

上記の者に申請を委任します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_