

記入例

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	RO年〇月〇日	
申請者 (産婦)	(ふりがな) 氏名	ぬまた はなこ 沼田 花子		年 1 月 1 日生
	住所	〒378-0000 沼田市下之町888		電話番号 23-2111
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)	5,500		円
	1か月健診(上限 5,000円)	5,500		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
			支店名 (ゆうちょ銀行の場合は店番)	沼田支店
	預金種別	普通 ・当座	口座番号	123456
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	助成金交付額			円
	申請受理日	年 月 日		年 月 日
	受付番号			交付決定日 交付・不交付

同じにして
ください。

記入しないでください。

<代理人が申請する場合>(申請者が記載してください。)
(続柄を確認するために代理人のマイナンバーカードや運転免許証等をお持ちください。)

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。

母氏名 **沼田 花子** (署名又は記名押印)

