第１号様式（第４条第１項）

八千代市妊婦健康診査費用助成金支給申請書

年　　月　　日

（宛先）八千代市長

申請者（受診者）　住　　所　　八千代市
氏　　名
電話番号　　（　　）

次のとおり，助成金の支給を受けたいので，申請します。

記

１　受診者生年月日　　年　　月　　日生
２　母子健康手帳 No. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
３　請求額　　金　　円
（受診状況票に受診日，医療機関名及び支払った額を記入）

振込先	銀　行 信用金庫					支　店 出張所		
普通　・　当座	口座番号							
フリガナ								
名　義　人								

【申請者と振込口座名義人が違う場合】

□ 上記の口座に振り込みをお願いします。

※この申請書には，健康診査料の分かる領収書原本と母子健康手帳に記載された健康診査の記録の写しを添付してください。
※申請は，健康診査料の支払から２年以内にしてください。２年を過ぎると助成を受けることができません。
※提供いただいた個人情報は，妊婦健康診査費用助成金支給の目的以外に使用しません。