

年 月 日

志 免 町 長 様

申請者兼請求者 住 所

氏 名

電話番号 ( )

志免町妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

志免町妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、志免町妊婦健康診査実施要綱  
第11条第1項の規定により関係書類を添えて、下記のとおり申請・請求します。

記

- 1 助成金交付申請額 \_\_\_\_\_ 円
- 2 申請に係る健診回数 計 \_\_\_\_\_ 回
- 基本健診補助券 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・妊娠初期血液検査・超音波検査 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・超音波検査 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・貧血検査 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・超音波検査・貧血検査・血糖検査 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・性器クラミジア検査 \_\_\_\_\_ 回
  - 基本健診・B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査 \_\_\_\_\_ 回

3 振込先

(金融機関名)	本 店
	出張所
	支 店
_____	_____
普通 ・ 当座 (口座番号)	_____
(口座名義人) カタカナで記入してください。	
_____	

4 振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

委 任 状

年 月 日 私は、上記に係る助成金の受領を下記の者に委任します。

(住 所)

(氏 名)

以 上