

様式第3号(第8条関係)

阿蘇市産婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿蘇市長 様

産婦健康診査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者(産婦)						
産婦住所		阿蘇市				
産婦氏名		印	生年月日	年	月 日	
電話番号		母子手帳番号				
振込先 ※申請者(保護者)の口座に限ります。	金融機関名	銀行・農協 信用組合 信用金庫		本店・支店 支所・出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人	()				
申請額(合計)		円		助成額合計(合計)		
		円		円		
内 訳	1回目	円		内 訳	1回目	円
	2回目	円			2回目	円

(備考)太枠の中をご記入の上、産婦健康診査を受けた日の翌日から起算して6月以内に申請してください。

※ゆうちょ銀行の方は、振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)をご記入ください。