

様式第2号（第9条関係）

大野城市妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）大野城市長

住所

申請者（受診者）氏名

印

電話番号

大野城市妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、大野城市妊婦健康診査実施要綱第9条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金交付申請額 円
- 2 申請に係る受診回数 回
- 3 助成金振込先

(金融機関名)	支店(所)
普通・当座	(口座番号)
(口座名義人) フリガナ	

- 4 添付書類 自己負担した健診料に係る領収書の写し
妊婦健康診査受診券（未使用分）
- 5 提示するもの 医療機関等により記載を受けた母子健康手帳

※大野城市に住民票がある期間についての申請になります。