

妊婦健康診査費用助成申込書

年 月 日

(宛先) 秦野市副市長

日中、連絡のつく電話番号を記入してください

申込者 住所 秦野市桜町1-3-2
ふりがな はだの はなこ
氏名 秦野 花子
生年月日 平成2年 3月 4日
電話番号

償還払いを受ける補助券の欄に記入

おり、妊婦健康診査費用の助成を申し込みます。

Table with columns: 母子健康手帳番号, 母子健康手帳交付年月日, 分娩年月日, 健康診査種別, 妊婦健診受診日, 補助券の額(a), 申請額(b), 助成額. Includes a summary row and bank transfer details.

母子手帳に記載のある健診日(領収書の日付)

領収書にある保険外診療の金額(保険診療の自己負担分は対象にはなりません)

委任状の欄は、申請者以外の口座に振り込むを希望する場合に、記名押印又は署名をします。

※ 申請者以外の口座に振り込むときは、次の委任状に記名押印又は署名が必要です。

委任状
私は、本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。
(住所) 秦野市桜町1-3-2 (氏名) 秦野 太郎
年 月 日 申請者兼請求者氏名 秦野 花子

【市処理欄】 (提出書類) □助成を受ける未使用の妊婦健康診査補助券 □妊婦健診受診領収書 □母子健康手帳(健診の記録)の写し □振込先口座の確認できる書類の写し