

北広島市妊婦健康診査通院支援事業交付申請書

令和 年 月 日

北広島市長 様

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

北広島市妊婦健康診査通院支援事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり妊婦健康診査通院支援事業助成金の交付を申請します。

氏名 (ふりがな)		生年月日			
母		昭和 ・ 平成	年 月 日生 (歳)		
子		令和	年 月 日生		
振込先金融機関の名称及び口座番号等					
金融機関名		口座番号		口座名義 (ふりがな)	
銀行	本店	普通 当座			
金庫	支店				
農協	出張所				
妊婦一般健康診査を受診した回数 (最大14回)		1回受診に対する助成金の額		助成金交付申請額	
回		1,000円		円	
市記入欄 (各種チェック等)					
住民登録状況		有 ・ 無()			
* 決 定 欄	決 裁	課 長	主 査	ス タ ッフ	決定年月日 令和 年 月 日
	上記の申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。				
	交付決定額 円				北広健康第 号 公印承認