

茨木市妊婦健康診査費用助成金申請書兼請求書

（あて先）茨木市長

次のとおり、妊婦健康診査費用の助成を関係書類を添えて申請します。
 なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		令和 年 月 日			
申請者 （受診者）	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名	Ⓜ			
	住所	茨木市 電話番号 () -			
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	
受診機関	名称			所在地	都・道・府・県
				電話番号	() -
	複数受診の場合 名称			所在地	都・道・府・県
				電話番号	() -
金額	受診券番号	助成上限額 ^(円)	申請金額 (左記上限内) ^(円)	受診年月日	
	1	23,000		年 月 日	
	2	6,000		年 月 日	
	3	6,000		年 月 日	
	4	8,000		年 月 日	
	5	6,000		年 月 日	
	6	6,000		年 月 日	
	7	11,000		年 月 日	
	8	11,000		年 月 日	
	9	6,000		年 月 日	
	10	6,000		年 月 日	
	11	6,000		年 月 日	
	12	13,000		年 月 日	
	13	6,000		年 月 日	
14	6,000		年 月 日		
合計金額				注：合計金額の左側に「¥」マークを記入してください。	
（受診先者口名義） 振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座		フリガナ	
	口座番号			口座名義	

〔同意〕

審査のため、私の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者

Ⓜ

職員記入欄		確認	受付