

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	(印) (自署の場合は押印不要)						
	住所	茨木市 電話番号 - -						
受診医療機関	名称：				所在地： 都道府県			
出産日もしくは 出産予定日	令和 年 月 日							
金額	No	(円) 助成上限額	(円) 申請金額 (左記上限内)	受診年月日	No	(円) 助成上限額	(円) 申請金額 (左記上限内)	受診年月日
	1	23,000		. .	11	6,000		. .
	2	6,000		. .	12	13,000		. .
	3	6,000		. .	13	6,000		. .
	4	8,000		. .	14	6,000		. .
	5	6,000		. .	15 (多胎1)	5,000		. .
	6	6,000		. .	16 (多胎2)	5,000		. .
	7	11,000		. .	17 (多胎3)	5,000		. .
	8	11,000		. .	18 (多胎4)	5,000		. .
	9	6,000		. .	19 (多胎5)	5,000		. .
	10	6,000		. .	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 口座名義)	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			支店 コード (3桁)			
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄			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

(印)
(自署の場合は押印不要)

確認

受付

受付印