

茨木市産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、産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			昭和 年 月 日	
	氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)			生年月日
	住所	茨木市			電話番号 () -
	児の氏名			出産日	令和 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回目	5,000		令和 年 月 日	
	2回目	5,000		令和 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。	
(受診先者口座名義) 振込先口座	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

Ⓜ
(自署の場合は押印不要)

確認

受付

受付印