

様式第1号（第10関係）

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		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名	⑩		
	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

⑩

職員記入欄	確認	受付