

記入見本

様式第1号（第6条関係）

持参する日を記入してください。

委託外医療機関妊産婦健康診査補助金交付申請書兼請求書

R4年5月7日

水戸市長 様

妊産婦さんのお名前で申請してください。

申請者

住所

水戸市中央1-4-1

氏名

水戸 花子

電話番号

029-350-1216

委託外医療機関妊産婦健康診査補助金の交付を受けたいので、水戸市委託外医療機関妊産婦健康診査補助金交付要項第6条第1項の規定により下記のとおり申請します。また、当該申請に係る交付の決定があったときは、下記金額を請求します。

記

1 受診者氏名

水戸 花子

2 母子健康手帳 No.

2120000

3 交付申請額

金

円

金額は空欄のままお持ちください。

4 振込先

金融機関名	水戸	銀行 信組 金庫 農協	水戸	本店 支店
口座の種類	普通・当座	口座番号	1234567	
フリガナ	ミト ハナコ			
口座名義	水戸 花子			

妊産婦さん名義の振込先を記入してください。

5 添付書類

- (1) 妊産婦健康診査に係る受診票
- (2) 委託外医療機関が発行した領収書の写し
- (3) 母子健康手帳の表紙及び健康診査の受診記録が記載された部分の写し
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

注 この申請書は、市長が交付の決定をした後は、委託外医療機関妊産婦健康診査補助金の請求書として取り扱います。