

年 月 日

（宛先）大和高田市長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号（ ） ー

（産 婦）氏 名*

※申請者氏名と同じ場合は、産婦氏名は記入不要です。

大和高田市産婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

大和高田市産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、大和高田市産婦健康診査費の助成に関する要領第8条第2項の規定により下記のとおり申請します。

1 受診者情報

ふりがな		生年月日	年 月 日
産婦氏名		出 産 日	年 月 日
住所	申請者住所と異なる場合のみご記入ください		
産婦健診	健診受診日	医療機関名	健診費用
1回目	年 月 日		円
2回目	年 月 日		円
助成決定額（市記入欄）			円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
銀行				
普通・当座		口座番号（右詰めで記入してください。）		
口座名義人	(フリガナ)			

3 添付書類

- (1) 自己負担した健診料に係る領収書又はその写し（健診料がわかる診療明細書含む）
- (2) 未使用の受診券
- (3) 母子健康手帳の検診結果が分かるページの写し

申請者以外の口座に振り込みを希望される場合は、裏面の委任状をご記入ください。

申請者以外の口座に振り込みを希望される場合は、以下の委任状が必要です。

委任状

私_____は、 年 月 日付けの産婦健康診査費用に係る受領について、_____（続柄_____）に委任します。

*申請者からみでの続柄をご記入ください

年 月 日

大和高田市長 殿

住 所 大和高田市_____

委任者自署 _____