

申請年月日 年 月 日

中央市妊婦健康診査費助成申請書

中央市長 様

下記の通り支給されるように請求します。

請求者記入欄	氏名	昭和 平成 年 月 日生 歳
	住所	TEL

(注) 太枠内を記入してください。

私が中央市より支払いを受ける助成金については、下記の口座へ振り替えてください。

金融機関名	銀行	支店	普 ・ 当	口座番号
	金庫			
	農協	支所		
ふりがな 口座名義人				

* 申請受付は、出産後6ヶ月以内とします。(妊婦健診時に中央市に在住の方に限ります。)

* 領収書を必ず添付してください。

領収書添付