

様式第1号（第4条関係）

岩出市妊産婦・乳児健康診査費等助成申請書兼請求書

申請日 年 月 日

岩出市長 様

次の事項に同意のうえ、関係書類を添えて申請及び請求します。

- ・市が助成決定の際、住民基本台帳の閲覧や、医療機関への支払い内容を確認することに同意します。

1. 申請・請求者

フリガナ		生年月日	日中連絡先
氏名 (署名)		年 月 日	
助成対象者 との関係	本人 ・ 配偶者 ・ 保護者		
現住所	〒		
助成対象者 (受診者)	氏名	生年月日	妊娠届出日
	(妊産婦)	年 月 日	年 月 日
	(乳 児)	年 月 日	
	(乳 児)	年 月 日	
受診医療機関	(妊産婦)		
	(乳 児)		
その他			

2. 申請額・決定額

受診に要した費用 (領収書の額)	申請額	決定額 (請求額) ※市記入欄
円	円	円

3. 振込口座 (申請・請求者の口座を記入してください)

金融機関	銀行 信用金庫 ( )	支店名	本店 (所) 支店 (所) ( )				1 普通 2 当座 ( )	
	口座名義 (カタカナ)		口座 番号					

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の金融機関名・店名・預金種目・口座名義人・口座番号7桁」(通帳見開き下部に記載)を記入ください。