

伊賀市産婦健康診査費用助成事業申請書

伊賀市長 様

産婦健康診査費用を助成されるよう、伊賀市産婦健康診査費用助成事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき下記のとおり申請します。

申請者	ふりがな				生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)	
	氏名									
	〒					電話番号 ()				
受診回	受診日	診査費用 (実額)	助成限度額		助成額					
1回目			5,000円		円					
2回目			5,000円		円					
申請額			金 _____ 円							

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()					
	口座番号								(左詰記入)	

振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、下記委任状に記名押印が必要です。

委 任 状									
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。									
_____ 年 月 日 申請者								(印)	

- (添付書類) 1 産婦健康診査結果票(医療機関の証明)
2 医療機関発行の領収書(原本)