

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

伊賀市妊婦健康診査費用助成申請書

伊賀市長 様

申請者 住所 〒 _____

伊賀市 _____

氏名 _____

電話 (_____) _____

申請額 金 _____ 円

妊婦健康診査費用を助成されるよう、伊賀市補助金等交付規則第4条第1項及び伊賀市妊婦健康診査受診費用助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

振 込 先	銀行 農協 金庫			本店 支店 出張所
	普通・当座	口座番号		
	ふりがな 口座名義人			

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)

※未使用の妊婦健康診査結果票及び妊婦健診を受診したことがわかる領収書を添付してください。
*助成の対象となる最後の妊婦健康診査を受診した日から1年以内に申請してください。
*申請の際は、印鑑（朱肉印）をご持参ください。

〈担当者使用欄〉 受付印

- ☐住基確認
- ☐領収書確認
- ☐期日確認