

様式第1号（第11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、伊賀市妊婦健康診査等費用助成事業実施要綱第11条第1号の規定に基づき申請します。

振 込 先	銀行 本店 農協 支店 金庫 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
<input type="checkbox"/> 住基確認	
<input type="checkbox"/> 領収書確認	
<input type="checkbox"/> 期日確認	