

様式第1号（第7条関係）

産婦健康診査費助成金支給申請書兼請求書（償還払い）

年 月 日

八女市長

助成金の支給を受けたいので、八女市産婦健康診査事業実施要綱第7条第2項の規定により申請、請求します。また、八女市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

助成対象者 (申請者)	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	八女市	
	連 絡 先		
出産日		年 月 日	
受診医療機関			
受診回数	受診日	健診費用	請求額 (上限5,000円)
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
請求額合計			円

<b>【振込口座】</b> 助成対象者の口座に限ります。				
金融機関	銀行・信組			本店・支店
	信金・農協			営業部
	金融機関番号		店番号	支所・出張所
預金種別	口座番号		口座名義人 カタカナ	

※本人確認書類 免許証 マイナンバーカード 保険証・他（ ）