

様式第 1 号(第 5 条関係)

砺波市妊産婦及び1か月児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり砺波市妊産婦及び1か月児健康診査費助成金を申請（請求）します。

記

申請者 (兼請求者)	住 所	〒 砺波市									
	ふりがな氏 名	続柄									
	電 話										
受診者 (妊産婦)	ふりがな氏 名										
	実施 医療機関名										
受診者 (生後1か月児)	ふりがな氏 名	生年月日 年 月 日									
	実施 医療機関名										
申請額 金 _____ 円 ☐ 妊婦一般健康診査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 1か月児健康診査 年 月 日 砺波市長 宛											
振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (左詰で記入)								
	フリガナ										
	口座名義										
申請受理年月日		年 月 日		交付決定年月日		年 月 日					
受給者番号				助成金額							

注) 太枠の中をご記入ください。