

糸島市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

糸島市長 様

私は、里帰り出産等のため、実施医療機関及び実施助産所以外で妊婦健康診査を受診し、費用を負担したので、糸島市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

1. 申請者（妊婦健康診査の受診者名）

Form with fields for Name, Birth Date, Telephone, Residence, and Current Residence.

注) 署名または記名押印

2. 助成金申請額 (医療機関種別 医：医療機関 助：助産所)

Table with 10 columns: Return No., Visit Date, Institution Type, Actual Fee, Subsidy Amount, Return No., Visit Date, Institution Type, Actual Fee, Subsidy Amount.

次のとおり請求いたします。 請求金額 円

3. 振込先口座

Form for bank transfer details including Institution Name, Account Type, Branch Name, and Account Number.

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、糸島市から受ける助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）氏名

注) 署名または記名押印

【職員記載欄】

(添付書類) 母子健康手帳 (妊婦健診結果該当箇所) 写し 領収書写し (申請時に原本コピーし返却) 妊婦健康診査補助券