

様式第1号 (第5条関係)

妊婦健康診査支援事業補助金交付申請書  
(兼実績報告書兼請求書)

年 月 日

阿南町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(受給対象者との続柄) ( )

電話番号 ( ) -

下記のとおり健康診査を受診しましたので補助金を交付してください。

記

母子手帳発行日	令和 年 月 日	交付番号	
(交付市町村)		申請回数	初回 2回目
受給対象者名		生年月日	年 月 日
健診機関名		健診開始日	令和 年 月 日
		出 産 日	令和 年 月 日
既受領額	円	受領年月日	令和 年 月 日
受診額計	円	交付申請額	円
交付決定額	円	請求額	円
振込先金融機関		口座種類	普通 ・ 当座
		口座番号	
		口座名義人	

※ 申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、下記委任欄に記入ください。

上記受給対象者に係る妊婦健康診査支援事業補助金の受領については、 (口座名義人) _____ に委任します。 <p style="text-align: right;">申請者 _____ ㊟</p>
--

(注意) 受診領収書及び明細、母子健康手帳、対象の受診票を添付してください。