

様式第3号（第10条関係）

美浜町産婦健康診査費助成申請書

下記のとおり関係書類を添えて産婦健康診査費の助成を申請します。

記

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日						
助成対象者（受診者）		()	年 月 日 (歳)						
助成対象者の配偶者※		()	年 月 日 (歳)						
助成対象者の 住所	〒	電話 ()							
<p>申請者（口座名義人と同一であること）</p> <p>氏 名_____（助成対象者又はその配偶者による自署）</p> <p>産婦健康診査受診のため支出した額 金_____円</p> <p>申請金額 金_____円（上限：_____円）</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">美浜町長 様</p>									
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所				
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号						
	口 座 名 義 人 (申請者と同一 であること)								

注 申請者欄には、助成対象者（受診者）又はその配偶者の氏名を記載してください。

なお、助成対象者（受診者）が申請者となる場合は、※欄は記入不要です。