

第1号様式（第10条関係） 藤枝市妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

藤 枝 市 長

申請者 住 所
氏 名

藤枝市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

フリガナ			生年月日	年	月	日
受診者氏名						
住 所	〒		電話番号 ()			
出 産 予 定 日			年	月	日	
実 施 機 関 名			(医療機関 ・ 助産所)			
振 込 先	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 農協	支店コード	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 (右づめ)			
	口座名義人 (カタカナ)					
内訳						
初 回 :	円	年	月	日受診	第13回 :	円 年 月 日受診
第2回 :	円	年	月	日受診	第14回 :	円 年 月 日受診
第3回 :	円	年	月	日受診	第15回 :	円 年 月 日受診
第4回 :	円	年	月	日受診	第16回 :	円 年 月 日受診
第5回 :	円	年	月	日受診	超音波① :	円 年 月 日受診
第6回 :	円	年	月	日受診	超音波② :	円 年 月 日受診
第7回 :	円	年	月	日受診	超音波③ :	円 年 月 日受診
第8回 :	円	年	月	日受診	超音波④ :	円 年 月 日受診
第9回 :	円	年	月	日受診	血液検査 :	円 年 月 日受診
第10回 :	円	年	月	日受診	血算検査 :	円 年 月 日受診
第11回 :	円	年	月	日受診	GBS検査 :	円 年 月 日受診
第12回 :	円	年	月	日受診	合 計 :	円

※口座名義人が受診者と異なる場合は、委任状が必要です。

交付決定額	円	承認・不承認 決定年月日	年	月	日
-------	---	-----------------	---	---	---