

伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 伊勢市長

住所  
申請者 氏名 印  
電話番号

伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費を助成されるよう、伊勢市妊婦一般健康診査県外受診費助成金交付要綱第5条の規定に基づき下記のとおり申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を照会することを承諾します。

記

妊婦一般健康診査受診日	受診した医療機関等に支払った額 円	申請額 (※) 円	※ 助成決定額 (記入しないでください) 円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合計	円	円	円

[振込先]

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
銀行 信用金庫 支店 農 協 支所	当座 ・ 普通		( )
ゆうちょ銀行 店	普通 ・ 貯蓄		( )

※ 助成は1回の妊娠につき14回以内。  
太枠のみに記入してください。