

勝浦市長 照川 由美子 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

勝浦市妊産婦及び乳児健康診査助成金支給申請書兼請求書

勝浦市妊産婦及び乳児健康診査助成金支給要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請者

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		住 所	
	健康診査種別		健康診査受診日	年 月 日

2 対象となる乳児の状況

対象となる乳児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		住 所	
	申請者との続柄			

3 申請額・請求額

申請額・請求額	円
---------	---

4 振込口座（申請者の口座に限ります）

金融機関名		支店名		種別	普通・当座
口座番号				名義人カナ	

<添付資料等>

- (1) 第3条各号に掲げる健康診査に要した額が確認できる領収書の写し
  - (2) 申請者の金融機関の口座が確認できる書類の写し
  - (3) その他市長が必要と認める書類
- ※母子健康手帳の確認が必要となります。