

様式第1号（第5条関係）

四万十市妊婦健診交通費支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

四万十市長 様

四万十市妊婦健診交通費支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。交付決定後は、下記に指定する金融機関の口座へ助成金を振り込んでください。また、この申請の審査のために、四万十市が住民基本台帳を閲覧すること及び必要に応じて受診医療機関と情報共有することに同意します。

申請者 (妊婦本人)	フリガナ		生年月日				
	氏名		年	月	日		
	住所	〒 四万十市	電話番号				
居住地	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 〒						
受診医療機関名							
最終受診日	年	月	日	出産（予定）日	年	月	日
申請額	円		内訳		10,000円 × 回		

(添付書類)

※母子健康手帳（対象となる妊婦健診を受診したことが分かる部分）の写し

※その他書類審査の結果、市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

振 込 先	銀行・信金 信組・農協 労金		本店 支店・支所 出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※申請者名義の口座に限ります。

※この申請書は、四万十市が交付決定をした後に助成金の請求書として取り扱います。