

産婦健康診査県外受診補助金交付申請書（兼請求書）

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

産婦健康診査（県外受診）にかかる費用について、宮崎市産婦健康診査県外受診者に関する補助金交付要綱第4条の規定により補助金の交付を申請し、下記の金額を請求します。

※ 太 枠 内 を 記 入 し て く だ さ い 。	申請者の住所		〒 - 宮崎市										
	連絡先		-										
	申請者の氏名		フリガナ	生 年 月 日							年 月 日		
			フリガナ	生 年 月 日							年 月 日		
	児の氏名		フリガナ	生 年 月 日							年 月 日		
			フリガナ	生 年 月 日							年 月 日		
	振込先		金融機関名	銀行 金庫 農協			本店・本所 支店・店 出張所			預金種別	普通・当座 ・その他		
			フリガナ	口座番号									
			□座名義人										
	添付書類 ※□にチェック		<input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 通帳の写し(口座番号・口座名義・支店名記載) <input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 宮崎市産婦健康診査助成券										
※振込先が申請者本人以外の口座名義の場合は、下記の委任状を記入。													
委任状		私、（ ）は、産婦健康診査県外受診にかかわる補助金の振込みについて、（ ）に、その権利を委任いたします。 令和 年 月 日 住所 氏名											
※申請者住所以外の住所（里帰り先等）に通知書の送付を希望する場合は下記に記入。													
住所 (里帰り先)		〒 - 連絡先（ - ） （ 様方）											

		請求額			円			
※職員記入欄	区分	提出	受診年月日	① 補助対象額	② 支給限度額	補助額 (①と②のうち少ない額)		
		産後2週間		令和 年 月 日	円	円	円	
		産後1か月		令和 年 月 日	円	円	円	
	決定金額						円	