

(第1号様式)

受 付 印

妊婦健康診査補助金交付申請書

(兼請求委任及び口座振替依頼書)



熊本市長宛

私は、下記妊婦健康診査補助金の請求に関する一切の権限を熊本市子ども政策副課長に委任します。
なお、同妊婦健康診査補助金の支払いは、下記の私名義の金融機関預金口座に口座振替にて行われますよう依頼します。

※太枠内のみ記入をお願いします

請求者 (妊婦)	住所	〒 861-8601 熊本市中央区手取本町1番1号			生年月日	1985年 5月 5日	
	フリガナ 氏名	クマモト ハナコ 熊本 花子		TEL	自宅	096-328-2111	
					携帯	090-1111-2222	
支払希望 金融機関	金融機関名	熊本市役所 銀行 信用金庫			支店名	手取本町 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・当座・貯蓄	口座番号	1	2	3	4
				5	6	7	

妊婦健康診査受診状況及び助成費用申請額

	円
以降は、受付窓口で記入します。	
	円

受付確認欄
 領収書 () 枚
 受診券回収 () 枚
 (1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・)
 親子健康手帳コピー済
 口座確認済

代理申請者氏名 _____

代理申請者身分証確認済

請求者(妊婦様)と同一の口座でない場合は、ご記入ください。また、委任状が別途必要になります。