（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こども支援課長に委任します。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。

※太枠内を記入ください。

<table>
<tr><td rowspan="3">請求者（妊婦）</td><td>住所</td><td colspan="3">〒
熊本市</td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td rowspan="2">TEL</td><td>自宅</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>携帯</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">支払希望
金融機関</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">銀行
信用金庫</td><td>支店名</td><td colspan="3">支店
出張所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通・当座・貯蓄</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（代理申請の場合）
代理申請者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　代理申請者身分証確認

〈受付確認欄〉
□　領収書　　（　　）枚
□　受診票回収　（　　）枚
（１・２・３・４・５・６・７・８・９・１０・１１・１２・１３・１４）
□　親子（母子）健康手帳の写し
□　支払希望口座確認