

第2号様式

妊婦・乳児健康診査費助成金交付申請書

(あて先) 妊婦健診受診者本人または乳児の保護者が
申請してください

令和 ○年 ○月 ○日

〒 286-0017

住所 成田市赤坂 1-3-1

申請者 氏 名 成田 花子

電話番号 090-0000

署名により押印を省略することができます

妊婦・乳児健康診査費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	フリガナ	ナリタ ハナコ	
	氏 名	成田 花子	生年月日 平成○○年○月○日
母子健康手帳番	帳 号	123456	
交付申請額		～こちらは未記入でお願いします～ 円	
振込先口座	金融機関名	○ ○ 銀行	本店
		信用金庫	支店
		農協	○ ○ 支所
	預金種別	普通・当座	
	口座番号	0123456	
	フリガナ	ナリタ ハナコ	
	口座名義人	成田 花子	
申請書の審査のため住民基本台帳を確認することについて承諾します。			
			氏名 成田 花子

申請者以外の口座には委任状が必要です。
その場合、委任状も申請書と同様の取扱（署名または記名押印）となり、署名の場合は申請者の「本人確認書類」（例：免許証等）の写しが必要です。

申請者の署名