

第2号様式(第4条関係)

年 月 日

(宛先)桜井市長

申請者 住所

ふりがな

氏名

電話番号 — —

(日中連絡がつく番号をご記入ください。)

### 桜井市産婦健康診査申請書兼請求書

下記の日程で受診した産婦健康診査の健診費用について、助成を受けたいので桜井市産婦健康診査費用の助成に関する要綱第4条第2項の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

金 円也  
(産婦健康診査受診に要した費用への助成金として)

以下の項目に該当又は同意する場合は、してください。

- 産婦健康診査の受診日において桜井市に住所を有しています。
- 申請内容について、医療機関等に確認すること、また不明な点等がある場合は、上記電話番号に連絡することに同意します。
- 他の自治体で、産婦健康診査の助成を受けていません。※助成状況について他の自治体に確認することがあります。

産婦健診受診日	健診に要した費用(A)	助成限度額(B)	申請額 <small>(A)又は(B)のうちいずれか少ない額</small>
年 月 日	円	5,000 円	円
年 月 日	円	5,000 円	円
合 計			円

(振込先) (※1)

支払機関名		預金種別	口座番号						
銀行 農協 信金	支店	普通・当座							
金融機関コード	店番	カナ(必ず記入)							
		口座名義人							

(※1) 振込先の口座は、申請者本人のものを記載して下さい。

(※2) 振込先の口座がわかる書類(通帳等)のコピーを添付してください。

(※3) ゆうちょ銀行へのお振込みを希望される場合は、必ず通帳のコピーを添付してください。