

妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

深谷市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱（以下、要綱）第6条第1項の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、市が照会することに同意します。

記

フリガナ				生 年 月 日
申請者氏名 (妊産婦本人)				
住 所				
電 話 番 号		出産年月日		年 月 日
新 生 児 名				
受診した 医療機関 又は助産所	名 称			
	住 所			
	電話番号			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者以外（下の欄に記入）
フリガナ		
氏 名		
住 所	電話番号	

添付書類	<input type="checkbox"/> 受診した結果等必要事項が記載された妊産婦健康診査助成券・産婦健康診査助成券・新生児聴覚スクリーニング検査助成券等	
	<input type="checkbox"/> 領収書の写しとその原本	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
	<input type="checkbox"/> 申請者名義（妊産婦本人名義）の通帳	<input type="checkbox"/> 未使用の助成券等

振込先 (申請者名義)	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店			種目	1 普通	2 当座	
							口座番号			
	金融機関コード			店舗コード						
	フリガナ									
	口座名義人									

