

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住所
氏名 印
（代理の場合本人との関係： ）

昭島市妊婦健康診査受診料補助金交付申請書

妊婦健康診査受診料について補助金の交付を受けたいので、昭島市妊婦健康診査受診料補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

申請額	円	出産日	年 月 日
受診 医療機関	名称 所在地 電話		申請の理由 1 里帰りのため 2 その他の事情 ()
	氏名	生年月日	年 月 日
妊 婦	住所		
	電話		

市事務処理欄	年月日	支出額	償還額	年月日	支出額	償還額	回収受診票
健康課受付印							
							償還額合計
受理番号 (保健妊 号)							

第3号様式（第7条関係）

請 求 書

金 額	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

件 名 昭島市妊婦健康診査受診料補助金として

年 月 日

(宛先) 昭島市長

住所

氏名

印

※ 補助金は、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	預 金 種 別	1 2 9 普通預金 当座預金
口 座 番 号				
口 座 名 義	(フリガナ)			
	(名 義)			