

記入例

第1号様式（第5条関係）

〇年 〇月 〇日

（宛先）昭島市長

申請者 住所 **昭島市昭和町4-7-1**

氏名 **昭島花子**印 → 口座名義人

（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	記入しない	円	出産日	〇年 〇月 〇日
受診医療機関	名称	埼玉中央病院	申請の理由	
	所在地	埼玉県中央市本町123-4	1	里帰りのため
	電話	044-543-7303	2	その他の事情
			()	
妊婦	氏名	昭島花子	生年月日	〇年 〇月 〇日
	住所	昭島市昭和町4-7-1		
	電話	090-9876-5432		

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

記入しない

年 月 日

(宛先) 昭島市長

住所 昭島市昭和町4-7-1

氏名 昭島花子 印 →口座名義人

※ 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	1234567						
口座名義	(フリガナ)						
	(名義)						

*ゆうちょ銀行の場合

通帳記載の【この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次ぎの内容をご指定ください】の欄をご確認の上、ご記入ください。