様式第３号（第６条関係）

妊婦健康診査等自己負担金助成申請兼請求書

令和　　年　　月　　日

（あて先）　近江八幡市長

妊婦健康診査等助成（不妊治療による追加助成・不育治療による追加助成・その他（　　））の支給を受けたいので、必要書類を添え、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成の支給決定にあたり、確認等が必要な場合は、市が受診医療機関等（助産所含む）に受診状況の確認等を行うことに同意します。

〒　　－

申請者　住　所

氏　名

電　話

1　申請内容

フリガナ 妊婦氏名		生年月日	年　　月　　日
受診日時点の住所・電話 (申請者欄と同じ場合不要)	〒 近江八幡市　　町　　電話		
受診医療機関	受診日	医療機関名	
請求額	円		

＊領収書を添付してください。

2　振込先

金融機関名　（　　）銀行　信用金庫　農業協同組合　（　　）本店　支店　出張所

口座番号　普通・当座　（No.　　）

フリガナ
口座名義人

※口座名義を旧姓使用されている場合は、チェック欄にご記入ください。　レ点 □