

年 月 日

近江八幡市長 宛

妊婦健康診査等助成（近江八幡市特定不妊治療費（先進医療）助成事業による追加助成・近江八幡市不育症治療費助成事業による追加助成・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。

〒 ー
申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

1 申請内容

フリガナ 妊産婦氏名			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、チェック欄に記入してください。 ☐ レ点	