

記入例

道外医療機関等妊婦健診費助成申込書

空欄でお願いします  
令和 年 月 日

千歳市長 横田 隆一 様

申込者 住所 千歳市東雲町2丁目34番地  
氏名 千歳 翔子 印  
受給者との続柄  
(申込者が本人以外の場合ご記入ください)  
電話番号  
携帯電話番号 090-0909-0909

※申込者と振込先人名は  
同一となります  
(妊婦・産婦氏名)

妊婦健診費助成金の支給をうけたいので、関係書類を添えて申込みます。

受給者氏名	千歳 翔子		生年月日	昭和 平成 10年 1月 1日
妊娠届出日	令和 6年 1月 1日		出産予定日	令和 6年 8月 1日
受診票・超音波	健診受診日	健診医療機関等名	医療機関等住所	
1	年 月 日			
2	超音波 年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	超音波 年 月 日			
7	年 月 日	空欄でお願いします		
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	超音波 年 月 日			
11	年 月 日			
12	超音波 年 月 日			
13	超音波 年 月 日			
14	超音波 年 月 日			
振込先	金融機関名	支店名	口座番号(普・当・その他)	
	千歳銀行	市役所支店	●●●●●●●● (左詰記入)	
	フリガナ	チトセ ショウコ		
	口座名義人	千歳 翔子		
※決定欄	決裁長	係長	係	決定年月日 令和 年 月 日
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由： 支給額 円(受診回数に対する支給上限額 円)			

# 記入例

4号様式（第7条関係）

道外医療機関等妊婦健診費助成金交付請求書

空欄でお願いします  
令和 年 月 日

千歳市長 様

請求者 住所 千歳市東雲町2丁目34番地  
氏名 千歳 翔子 印

道外医療機関等妊婦健診に要した費用を次のとおり請求します。

※請求者と振込先人名は  
同一となります  
(妊婦・産婦氏名)

空欄でお願いします

円

振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号						
銀行 信金 千歳 信組 農協	本店 市役所 支店	普通 当座 貯蓄	●	●	●	●	●	●	(左詰記入)
フリガナ	チトセ ショウコ								
口座名義人	千歳 翔子								