様式第２号（第１０条関係）

妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

朝倉市長

任意健診の受診に係る助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

※太枠のなかを記入してください。

申請（請求）者	住　　所	朝倉市 電話番号	
	ふりがな		妊婦との続柄
	氏　　名	㊞	（　　）
妊婦	氏　　名	※申請者本人である場合は記入不要	

１　任意健診の受診内容

受診回数	健診を受けた日	健診に要した額（自己負担額）	審　査 ※記入しない
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
回	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
	年　月　日	円	
合　計		円	

２　助成金の交付申請額　　円

決定額　※記入しない
円　㊞

３　振込先

□銀　行 □農　協 □信用金庫 □信用組合	□本　店 □支　店 □出張所 □営業部	預金種別	□普通 □当座
フリガナ		口座番号	
口座名義人			