

様式第1号（第5条関係）

袖ヶ浦市妊婦健康診査及び乳児健康診査並びに
 新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

申請者 住所
 氏名
 連絡先

袖ヶ浦市妊婦健康診査及び乳児健康診査並びに新生児聴覚スクリーニング検査助成要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

1 交付申請額	円
2 申請項目 ※該当項目に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査
	<input type="checkbox"/> 乳児健康診査
	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査
3 添付書類 ※添付した書類に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 領収書
	<input type="checkbox"/> 該当する未使用の受診票
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳P.8～9のコピー ※郵送で手続きの場合のみ
4 提示書類	母子健康手帳

上記の助成金を次の口座に振り込んでください。

金融機関名		店名		支店コード	
銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店			
口座種別	口座番号		フリガナ		
普通			口座名義人		