

(別記)

様式第1号 (第4条関係)

竹原市妊婦健康診査奨励金交付申請書

年 月 日

竹原市長様

竹原市妊婦健康診査支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり奨励金の交付を申請します。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
申請者氏名	印		生年月日	年 月 日	
郵便番号	〒 -		電話番号	() -	
住所	竹原市				
妊婦一般健康診査実施状況	健診日	対象	健診日	対象	
	1 年 月 日	<input type="checkbox"/>	8 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	2 年 月 日	<input type="checkbox"/>	9 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	3 年 月 日	<input type="checkbox"/>	10 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	4 年 月 日	<input type="checkbox"/>	11 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	5 年 月 日	<input type="checkbox"/>	12 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	6 年 月 日	<input type="checkbox"/>	13 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	7 年 月 日	<input type="checkbox"/>	14 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
他市町村での住民登録の状況	上記期間中に竹原市以外の市町村に住民登録している期間があれば記入してください。 市町村名 () 年 月 日 ~ 年 月 日 市町村名 () 年 月 日 ~ 年 月 日				
申請額	1回当たりの助成額 2,000円 × 対象受診回数		回 =		円
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 支所・出張所	預金種別	1.普通預金 2.当座預金
	口座番号	※振込先がゆうちょ銀行の場合は、記号番号ではなく、振込用口座番号(7ケタ)を記入			
	口座名義人(カタカナ)				

※口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。