

美馬市妊娠判定受診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

美馬市長 様

〈申請(請求)者〉 住 所 〒 _____

美馬市

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

〈受診者との関係〉 本人 ・ 配偶者 ・ その他 (_____)

美馬市妊娠判定受診費用助成事業実施要綱第6条に基づき関係書類を添えて申請及び請求します。
 なお、助成金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うことに同意します。

太枠内を御記入ください。

受診者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 (_____)			
世帯構成員 の状況	氏名	受診者 との続柄	1月1日時点の住所が美馬市以外の方は、 1月1日時点の住所			
助成申請	受診日		妊娠判定受診費用額		助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で いずれか少ない額
			合計 (A)			
	1回目	年 月 日	円	円	10,000円	円
2回目	年 月 日	円	円			
合計					円	

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本・支店 本・支所 出張所	支店コード	
	フリガナ			種別	普通・当座
	口座名義		口座番号		

※ 添付書類

- 1 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書（氏名、診療年月日、医療機関名等が記載されたもの）
- 2 住民登録が1月1日時点で美馬市以外にある場合課税状況を記載した証明書

※ 受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者以外の方にする場合は、委任状が必要です。

委任状

委任者 住所 _____
(受診者) 氏名 _____

私は、美馬市妊娠判定受診費用助成に係る申請・受領を下記の者に委任します。

受任者 住所 _____
氏名 _____
受診者との関係 _____

※ この委任状は委任するご本人が全てご記入ください。

※ 鉛筆や消すことのできるインクを使ったボールペンは使用しないでください。