

※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第1号（第4条関係）

佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金交付申請書（実績報告書）

日付空欄

（申請先）佐久市長

申請者（受診者）

住 所
氏 名
個人番号
電 話
生年月日 年 月 日

佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請
します。

記

1 妊婦一般健康診査を受診した医療機関等の名称及び所在地

(1) 名 称

(2) 所在地

2 出産日

年 月 日

3 申請額

未記入

円

※受診医療機関が複数
の場合、すべての医
療機関について記入
して下さい。

（添付書類）

- 1 医療機関等が発行した領収書の写し
- 2 母子健康手帳（妊娠中の経過）の写し
- 3 市が発行した未使用の妊婦一般健康診査受診票

※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第3号（第6条関係）

佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金交付請求書

日付空欄

（請求先）佐久市長

請求者（受診者）	住 所
	氏 名
	生年月日 年 月 日

未記入

で交付決定・確定の

あった佐久市妊婦一般健康診査県外受診助成金を下記のとおり請求します。

記

- 1 助成金確定額 **未記入** 円
- 2 助成金請求額 **未記入** 円

3 助成金振込先

フリガナ 口座名義人	続柄							
金融機関名				支店名				
口座番号								(左詰記入)

**※請求者と口座名義人は同じ方をお願いします。
異なる場合は、別途委任状が必要です。**