

福岡市妊婦健康診査助成金交付申請書 (請求書)

申請先 福岡市長

年 月 日

私は、下記事項に同意の上、福岡市妊婦健康診査助成金の交付を申請します。

- ①申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することに同意します。
②福岡市が公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

1 申請者 (妊婦健診の受診者名) (注) 氏名の欄は、記名・押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

Form with fields for name, address, birth date, and residence details.

2 助成金申請額 (医:医療機関 助:助産所)

Table with columns for category, number, date, self-payment, application amount, and limit.

3 振込先

Form for bank transfer details including bank name, account type, and branch.

(添付書類) ①領収書 (保険診療でないことが確認できるもの) ②福岡市の助成券 (料金請求用のページ)
③振込先口座の通帳のコピー (預金名義人等が確認できるページ) ※母子健康手帳を持参してください。