

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 transfer dates.

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。