

様式第1号（第4条関係）

伊那市産婦一般健康診査補助金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（あて先）伊那市長

申請者 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

次のとおり、産婦一般健康診査補助金の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、私が伊那市に納めるべき市税及び使用料その他の歳入の納付状況をj確認することに同意します。

交付申請額	円		
申請日	年 月 日	出産日	年 月 日
健診医療機関	(所在) 都・道 (名称) 府・県		
出産医療機関	(所在) 都・道 (名称) 府・県		
振込希望 金融機関	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座 番号
	(ふりがな) 口座名義人		

※ 産婦一般健康診査受診票及び医療機関が発行した領収書を添付してください。