

見本

年 月 日

（申請先）土浦市長

住所と産婦様ご本人の氏名・電話を記入してください。
※令和4年4月から押印が不要となりました

住 所
氏 名
電話番号 — —

土浦市県外妊婦健康診査費助成金交付申請書

土浦市県外妊婦健康診査費助成金交付要項第4条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。

表の中をすべて記入します。

記

1 申請内容

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日
母子健康手帳の 交付を受けた日	年 月 日
出 産 日	年 月 日
受診した医療 機関等名	

2 交付申請額

円

記入しない。

3 添付書類

- (1) 医療機関等が発行した領収書
- (2) 母子健康手帳
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

見本

請求日は記入しないでください。

年 月 日

（請求先）土浦市長

住所と産婦様ご本人の氏名・電話を記入し押印してください。
※請求書には押印が必要です。

住所
氏名
電話番号 — — (印)

記入しない。

土浦市県外妊婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日付け 土健発第 号で交付決定のあった土浦市県外妊婦健康診査費助成金について、土浦市県外妊婦健康診査費助成金交付要項第6条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

記入しない。

1 助成金請求額

円

2 振込先口座

金融機関	〇〇〇〇	銀行 信金 信組 農協	△△本店・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	〇△◇〇△◇〇△
フリカゝナ	ツチウラ ハナコ		
口座名義	土浦 花子		

産婦様ご本人名義の口座をご記入ください。