

様式第1号(第5条関係)

妊婦健康診査県外受診者補給金交付申請書

次のとおり伊勢崎市妊婦健康診査県外受診者補給金交付要綱第5条の規定により、補給金の交付を申請します。

なお、妊婦健康診査県外受診者補給金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

(宛先) 伊勢崎市長

年 月 日

申請者住所	〒 伊勢崎市		
ふりがな		電話 番号	() —
申請者氏名			
受診医療機関等			
交付申請額	円		

添付書類	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の領収書 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類
------	--