様式第１号（第５条関係）　　年　　月　　日

鳴門市妊娠判定受診費用助成申請書兼請求書

（宛先）鳴門市長

申請(請求)者住所

氏名
電話番号
受診者との関係（　　）

鳴門市妊娠判定受診費用助成金交付要綱第５条に基づき関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うことに同意します。

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年　月　日 （　　歳）
住　所	〒 電話番号			
世帯構成員の状況	氏　名	受診者との続柄	１月１日時点の住所が異なる方は、１月１日時点の住所	

助成申請額		受診日	健　診　額 (領収書の額) （A）	助成限度額 （B）	申　請　額 (A)と(B)で いずれか少ない額
	１回目	年　月　日	円	１０，０００円	円
	２回目	年　月　日	円	１０，０００円	円
	合　計				円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード						
				種別	普通　当座					
	フリガナ 口座名義		口座番号							

申請は医療機関受診日から６か月以内に限ります。
添付書類
１．妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）
２．金融機関の口座がわかるもの
３．住民登録が１月１日時点で鳴門市以外にある場合、課税状況を記載した証明書
※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委　任　状

私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿受診者との関係（　　）

年　月　日　　受診者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿