

様式第2号（第10条第3項関係）

草津市妊婦健康診査費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）草 津 市 長

（申請者）住 所

氏 名 印

電話番号

草津市妊婦健康診査等実施要綱第10条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり年度草津市妊婦健康診査費等の助成を申請し、請求します。

記

助成申請額	金	円
健診受診医療機関		
健診受診年月日		
備 考		
助成金振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	