

第1号様式（第5条関係）

伊東市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

伊 東 市 長 殿

年 月 日

住 所

氏 名 印

連 絡 先

次のとおり初回産科受診をしましたので、申請・請求します。

助成申請金額 _____ 円

受診者氏名及び 生年月日	氏 名	
	生年月日	
受診医療機関等名 及び所在地	名 称	
	所 在 地	

振込先			
金融機関名			
フリガナ			
口座名義人			
預金種別		口座番号	

審査に必要な公募の閲覧に同意 します ・ しません（いずれかに○をしてください）
※同意がない場合は、住民票の添付が必要になります。

※振込先は、原則として初回産科受診をした本人が口座名義人のものとします。