

今治市妊婦歯科健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

申請者

住所

氏名

電話（ ） —

申請者との関係

次のとおり、妊婦歯科健康診査の助成を受けたいので、今治市妊婦歯科健康診査実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて、申請をします。また、交付決定となったときは、別紙のとおり請求します。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

フリガナ 妊婦氏名		受診票No	
生年月日	年 月 日	受診票交付日	年 月 日
受診歯科医療機関名		受診日	年 月 日
支払金額	_____ 円		
添付書類 (添付した書類に☑を 付けてくださ い。)	<input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査を受診した日付及び金額の明細が分かる書類 (領収書等) <input type="checkbox"/> 未使用の今治市妊婦歯科健康診査受診票		
今治市妊婦歯科健康診査費助成金交付決定のため、地方公共団体、健診を受診した歯科医療機関に対して調査することを承諾します。 また、過去に国や他の地方公共団体から助成を受けていないこと、虚偽の申請その他の不正な手段により助成金の交付を受けたことが明らかになった場合は、既に交付された助成金の全部又は一部を返還することを誓約します。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			

助成申請額は、実際に健康診査に要した費用の額とする。

ただし、今治市妊婦歯科健康診査実施要綱別表の限度額を上限とする。

別紙

今治市妊婦歯科健康診査助成金は、下記の口座に振り込んでください。

請求額（申請額） 円

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店／支所 出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
フリガナ 口座名義人		

口座名義人が助成対象者本人でない場合は、下記の委任状欄に記入してください。

委 任 状		年 月 日
(宛先) 今治市長	委任者（助成対象者） 住 所 氏 名	
下記の者に今治市妊婦歯科健康診査費助成金の受領を委任します。		
受任者（口座名義人） 住 所 氏 名		