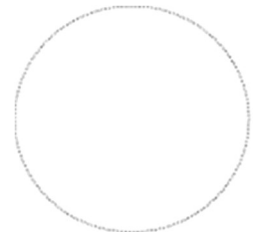


(あて先) 浜 松 市 長

関係書類を添えて、次のとおり妊婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。



(市受付印)

1. 申請者情報 (太枠内をご記入ください。) ※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

Application form with sections for Applicant (Applicant Name, Birth Date, Address) and Remittance (Financial Institution, Branch, Account Type, Account Number).

2. 添付書類の確認

Checklist for attached documents: Health examination receipts, medical records, bank statements, and health handbooks.

3. 15 回目・16 回目の妊婦健康診査の費用の内訳 (太枠内をご記入ください。)

Table for recording medical examination fees, including dates, self-payment amounts, and medical institution names.

Summary table for subsidy amounts, including columns for subsidy eligible amount, number of visits, subsidy limit, and total subsidy amount.

Final summary line for approval status and total subsidy amount.