別記様式（第６条関係）

総社市妊婦ＨＰＶ検査費用助成事業償還給付申請書

年　　月　　日

総　社　市　長　　様

次のとおり総社市妊婦ＨＰＶ検査費用助成事業に係る検査費用の助成を受けたいので，次の書類を添えて申請します。

申請者氏名 （口座名義人）		生年月日	昭和 年　　月　　日 平成
住　　所	総社市	電話番号	
申　請　金　額　　金　　円（助成額の上限：2,600 円）			

添付書類

(1)　ＨＰＶ検査を受けたことを証明する領収書

(2)　ＨＰＶ検査受診券（検査結果を記載したもの）

(3)　その他市長が必要と認める書類

口座振込先

金融機関の名称	（　　）銀行・信用金庫・農協　（　　）本店・支店・支所		
口座種別と口座番号	普通預金 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			