

別 記

第 1 号様式（第 7 条）

印西市ホールボディカウンタ測定費用助成金交付申請書

年 月 日

印西市長 様

住 所

申請者 氏 名 **妊婦又は扶養義務者の氏名** ①

対象被測定者との続柄 []

電話番号

次の点に同意し、印西市ホールボディカウンタ測定費用助成金を申請します。

(1) 住民基本台帳及び生活保護受給について調査すること

(2) 測定結果について個人が特定されない形で、集計結果を公表すること

| | | | |
|---------------|---|--------------|------------------|
| フリガナ | | | |
| 対象被測定者 氏 名 | 測定実施した妊婦又は乳 幼児の扶養義務者、高校生 相当年齢以下までの者の 氏名を記入 | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳 か月) |
| 住 所 | 印西市 | | |
| 対象被測定者分 | 妊婦 ・ 高校生相当の年齢以下の者 ・ 乳幼児の扶養義務者 | | |
| 測定費用の額 | 円 | 測定年月日 | 年 月 日 |
| 測 定 機 関 | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話 () | | |

添付書類 (1) 測定費用に係る領収書
(2) 測定結果の確認できる書類
(3) 生活保護受給証明書

対象被測定者 妊婦及び高校生相当の年齢以下までの者・乳幼児の扶養義務者

※ 「高校生相当の年齢以下までの者」とは18歳に達する以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。

第3号様式（第9条）

印西市ホールボディカウンタ測定費用助成金請求書

年 月 日

※日付は記入しないでください

印西市長 様

年 月 日付け 指令第 号で交付決定のあった印西市ホールボディカウンタ測定費用助成金を次のとおり請求します。

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|------------------------|--------------|------------------|----|
| フリガナ | | | 対象被測定者 | | |
| 請求者氏名 (妊婦又は扶養義務者) | 測定実施した妊婦 又は扶養義務者の 氏名を記入 | | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳 か月) | |
| | | | 住所 印西市 | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 組合 農協 | | 支店名 | 支店 |
| | 貯金の種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 名義人 | 妊婦又は扶養義務者の名義人を記入 | | | |
| 請求金額 | 円 | | | | |