

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

印

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		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

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)	①		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)	
			住所		
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				
請求金額			円		