



新温泉町産婦健康診査費助成金支給申請書

新温泉町長 様

新温泉町産婦健康診査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容審査のため、町長が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

	申請年月日	年	月	日
ふりがな		生年月日		
産婦氏名（申請者）	⑩	年	月	日
住所	〒			
電話番号				
出産日	年	月	日	
産婦健康診査実施日	年	月	日	
受診医療機関等				
請求金額	_____ 円（上限5,000円）			
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。				
金融機関名				
支店名				
種別	普通 ・ 当座	口座番号		
(ふりがな) 口座名義人 (受取人)				

注意 この申請書に次の書類を添付してください。

- (1) 産婦健診を受けた医療機関等が発行した領収書
- (2) 診療明細書又は産婦健診の受診内容が記載された書類の写し
- (3) 産婦健診が記載された母子健康手帳の写し又はその結果を証明する事ができる書類の写し

<町記入欄>

添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 健診結果書類又は母子健康手帳	交付決定（却下）日	年	月	日
健診結果	支援不要・要支援・不明	支給決定額	円		