

別記様式(第 10 条関係)

串本町産婦健康診査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
氏 名 ④
産婦との続柄 ()
電 話

次のとおり関係書類を添えて産婦健康診査費の助成を申請及び請求します。
また、本申請に関し、町が保有する個人情報を開覧することに同意します。

(フリガナ) 産婦氏名	()	生年月日	年 月 日
住 所	〒 電話 串本町		
出 産 日	年 月 日		
受診医療機関等	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号		
医療機関等に 支払った金額	受診回数	健診受診日	産婦健診費用
	1 回目 (2 週間)	年 月 日	円
	2 回目 (1 か月)	年 月 日	円
助成申請額	円		

(振込先)

口座 名義	名義 (カナ)													
	名義 (漢字)													
振込 口座	銀 行 等 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関	銀行・金庫・農協						本店・支店・出張所					
		預金種別	普通・当座			口座番号								
	ゆうちょ銀行	種 別			記 号			番号(右詰めで記入)						
		総合口座(通常貯金)												

注 1 添付書類

- (1)医療機関等が発行した領収書の写し (対象者が産婦健診として支払った額を確認できるもの)
- (2)産婦健康診査受診票 (医療機関等が当該申請に係る健診結果等を記載したもの)
- (3)母子健康手帳の「出産後の母体の経過」等、産婦健診を受診したことが分かる部分の写し
- (4)受診時に使用したお母さんの気持ち質問票

注 2 振込先の口座名義は申請者名としてください。