

式第3号（第10条関係）

産婦健康診査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

南あわじ市長 様

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり健康診査に要した費用の助成を受けたく、南あわじ市産婦健康診査費助成事業実施要綱第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請金額 円

1. 産婦健康診査を受けた者

氏名		出産年月日	年 月 日
----	--	-------	-------

2. 請求内訳

回数	受診日	医療機関	受診費用	助成金額 (助成額5,000円/回)
1	年 月 日		円	円
2	年 月 日		円	円
合 計				円

※添付書類

- 産婦健康診査を受けた医療機関が発行した領収書
- 産婦健康診査結果の記載がある受診票又は母子健康手帳
- 未使用の助成券

3. 助成金を次の口座に振り込んでください。

振 込 口 座	金融機関	銀行・信用金庫		本店・支店
		農協・信用組合		出張所
	ふりがな		預金種目	普通 ・ 当座
	口座名義人		口座番号	