

伊万里市長 様

申請者 (産婦本人)

住 所

氏 名

電話番号

伊万里市産婦健康診査受診費助成金交付申請書

産婦健康診査に係る費用の助成について、次のとおり交付申請します。

また、この申請内容について、市が保有する情報について照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

産婦氏名		生年月日		年 月 日	
受診医療機関名					
産婦健診受診日		(第1回)	年 月 日	自己負担額	円
自己負担額		(第2回)	年 月 日	自己負担額	円
助成申請額合計		金 円			
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ	口座名義			

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人に産婦健康診査助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏名

1. 助成申請額は、実際に健康診査に要した費用の額とし、1回あたり5,000円を上限とする。
2. 添付書類
 - (1) 受診した医療機関等が発行する領収書の写し (産婦健康診査の費用が明記されたもの)
 - (2) 産婦健康診査受診票又は産婦健康診査受診状況が確認できるもの (母子手帳等)
 - (2) その他、市長が必要と認めた書類
3. 申請期間は、産婦健診を受診した日から起算して1年以内とする。
4. 申請者本人が申請者欄の氏名を手書きしない場合は、記名押印をしてください。