

様式第2号(第8条関係)

亶理町産婦健康診査費用助成申請書		
受診者	氏名 (生年月日 年 月 日)	
委託医療機関等で 受診できなかった理由		
健診を受けた 医療機関名及び所在地		
健診の種類	初回 (産後2週間前後)	2回目 (産後1か月前後)
健診日	年 月 日	年 月 日
健診に要した費用①	円 (助成上限額5,000円)	円 (助成上限額5,000円)
申請額(助成上限額又は健 診に要した費用のいずれ か低い額)	円	
亶理町長 殿 上記のとおり産婦健康診査に要した費用に関する関係書類(注1)を添えて申請します。 年 月 日		
申請者	住所 〒 亶理町 氏名 (受診者との関係) 電話 — —	

助成金は、下記の口座へ振込願います。

口座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			種目			普通 当座 その他			
	金融機関コード			店舗コード			口座番号						
	フリガナ												
	口座名義人												

(注1) 医療機関等が発行した領収書及び未使用の産婦健康診査受診票
振込先金融機関口座確認書類の写し