

記入例

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 亶理 花子 (生年月日 平成 10 年 12 月 1 日)	
委託医療機関等で受診できなかった理由	里帰り出産のため	
健診を受けた医療機関名及び所在地	〇〇市△△△字□□番地 ◎◎病院	
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	令和 ● 年 ● 月 ● 日	令和 ● 年 ● 月 ● 日
健診に要した費用①	5,000 円 (助成上限額5,000円)	5,000 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)	*記入せずに提出して下さい 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。 令和 ● 年 ● 月 ● 日		
申請者	住所 亶理町字悠里1番地	申請者と振込口座名義人は同一の方でお願いします。
	氏名 亶理 花子 (受診者との関係 本人/夫/母 等)	
	電話 090 - 1234 - 5678	

助成金は、下記の口座へ振込願います。

口座振込依頼欄	〇〇 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							
			〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ	ワタリ ハナコ								
	口座名義人	亶理 花子								

(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