

様式第2号(第8条関係)

互理町産婦健康診査費用助成申請書兼請求書			
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		
<p>互理町長 殿</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p>			
申請者	住所 互理町 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