

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

篠栗町産婦健康診査費用助成事業実施要綱第10条の規定により、下記のとおり申請します。
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

| | | | | | | |
|------------------|-----------|------------|---------------------|--------|------------------|---|
| 申請者 (産婦) | 名 前 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | 篠栗町 | | 連絡先 電話番号 | | | |
| 産婦健康診査 実施医療機関 | 名 称 | | | | | |
| 回数 | 産婦健康診査受診日 | 産 後 日月数 | 産婦健康診査費用 (領収書金額) | 助成対象費用 | 助成申請額 | |
| 1回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | (上限額5,000円) 円 | |
| 2回目 | 年 月 日 | | 円 | 円 | (上限額5,000円) 円 | |
| ※太枠内は、町で記入します。 | | | | 合計 | 円 | |

【振込先口座記入欄】

| | | | | | | |
|----------------|------|---------------------|------|----------|-----------------|--|
| 口座名義人 | フリガナ | | 名義人名 | | | |
| 金融機関名 | | 支店名 | | 分類 | □ 1. 普通 □ 2. 当座 | |
| 銀行 農協 金庫 組合 | | 本・支店 本・支所 出張所 | | 口座 番号 | 右詰めで記入 | |
| 金融機関コード | | 支店コード | | | | |

【添付書類】

- 産婦健康診査受診券の写し(実施医療機関記載分)
- 医療機関発行の産婦健康診査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- 申請者の本人確認ができる書類の写し
- 振込先口座が確認できる書類の写し(申請者名義に限る。)
- その他町長が必要と認める書類の写し(代理人が申請の場合は委任状)