

須恵町長

年 月 日

申請者 住所 須恵町 _____
氏名 _____
電話 _____
産婦との続柄 本人 夫 その他（ _____ ）

須恵町産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

須恵町産婦健康診査事業実施要綱第8条の規定により次のとおり助成金を申請します。
なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

産婦氏名		生年月日	年 月 日
住民票のある住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	須恵町	
受診医療機関名			

1. 助成金申請額

受診年月日		自己負担額	助成上限額	申請額
1回目	年 月 日	円	5,000円	円
2回目	年 月 日	円	5,000円	円
助成金申請合計額				円

2. 振込口座

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	
フリガナ 口座名義	

3. 添付書類

- ・健診の領収書及び診療明細書（健診内容・金額が記載されているもの）の写し
- ・健診結果の写し（母子健康手帳の「出産後の母体の経過」のページ等）

< 町記入欄 >

決定額

円