

様式第1号（第10条関係）

産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

※太枠内をご記入ください。

母子手帳 交付番号		産婦氏名 (生年月日)		新生児氏名 (生年月日)	
住 所	大刀洗町大字			連絡先	
医療機関名					

産婦健康診査の費用内訳（太枠内をご記入ください）

健診年月日	健診費用（自己負担額）	上限額	助成金額
年 月 日		5,000円	
年 月 日		5,000円	

上記のとおり、産婦健康診査に要した費用に関する、証拠書類を添えて申請及び請求します。
なお、支給額については下記の口座へ送金願います。

銀行・農協 支店・支所	普通・当座	口座番号						口座名義（フリガナ）
年 月 日 請求者 住 所 大刀洗町大字 氏 名 大刀洗町長 様								

備 考	・通帳の写し ・領収書 ・受診券
-----	------------------------