

様式第1号（第7条関係）

時津町産婦健康診査費助成申請書兼請求書

時津町長 様

年 月 日

私は、産婦健康診査を委託医療機関等で受診できなかったため、下記医療機関等で受診しました。その費用について助成を申請します。また、本件申請について、支給の決定があった場合は、下記助成申請及び請求金額の欄に掲げる金額を請求します。

1. 産婦健康診査受診者

氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	(TEL)		
連絡先		分娩日	年 月 日

2. 委託医療機関等で受診できなかった理由

帰省 ・ 仕事の都合 ・ その他 ()

3. 産婦健康診査を受診した医療機関等

医療機関名	
所在地・連絡先	(TEL)

4. 助成申請及び請求金額

回数	受診日	助成上限額	窓口支払額	助成額※
1回目	年 月 日	5,000 円	円	円
2回目	年 月 日	5,000 円	円	円
合 計				円

※助成額の欄は、記入しないでください。

※助成額は、窓口支払額と助成上限額のうち、いずれか低い金額になります。

5. 助成金振込先（産婦健康診査受診者本人名義のもの）

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	