

様式第4号（第12条関係）

産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

島田市長

住所

申請者 氏名 (産婦) ㊞

電話番号

産婦健康診査を受けるのに要した費用の助成を受けたいので、島田市産婦健康診査の実施及び費用の助成に関する要綱第12条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

産婦健康診査を受けた病院、助産所等	所在地				
	名称				
	電話番号				
母子健康手帳の交付日	年 月 日	出産日	年 月 日		
助成金の申請額		円			
受診日		産後	病院、助産所等に支払った額	助成対象額	
第1回	年 月 日	日	円	円	
第2回	年 月 日	日	円	円	

助成金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込先金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ( )	( )	本店 支店 )
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注) 次の書類を添付してください。

- (1) 領収書（産婦健診分と分かるもの）
- (2) 受診しなかった回数の受診票
- (3) 健診結果が分かる書類
- (4) 母子健康手帳
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、市長が必要と認める書類