

第 1 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

東員町長 様

申請者 住所 東員町

氏名 ㊦

電話

東員町産婦健康診査費補助金支給申請書

東員町産婦健康診査事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定により、次のとおり補助金の申請をします。

また、補助金支給に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

受診者（産婦）				出産日	年 月 日
受診医療機関		名 称			
		所在地			
産婦健康診の受診日等	回数	健診受診日	自己負担額	申請額	
	1 回目	年 月 日	円	円	
	2 回目	年 月 日	円	円	
補助申請額		円			
補助金の振込先	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

添付書類 産婦健康診査結果票（1 回目・2 回目）又は母子健康手帳

領収書（レシート又はコピーは不可）

（注）受診日より 1 年以内に申請してください。

（注）自己負担額は、支払った健診料の額をそのまま記入してください。