

美濃加茂市産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市

氏 名

対象者との続柄

電話番号

美濃加茂市産婦健康診査費用助成金交付要綱第7条の規定により助成金の交付を申請します。なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、住民情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

申 請 額		円		
対象者	(1) 産婦氏名			
	(2) 産婦生年月日		年	月 日
	(3) 出産日		年	月 日
健診内容	区 分	医療機関名	健康診査受診日	健康診査支払額 (保険適用外分)
	1回目(産後2週間)		年 月 日	円
	2回目(産後1か月)		年 月 日	円
添付書類		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 受診結果が記載された産婦健康診査受診票兼結果票（原本） <input type="checkbox"/> 産婦健康診査に係る領収書（原本） ※健診内容が不明の時は、診療明細書も添付が必要です。		
振込先	金融機関名 支店名	銀行・組合・金庫 金融機関コード（ ）		本店・支店 支店番号（ ）
	預金種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者)			

※□印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

申請要件 確認事項	1. 対象者の住民登録が、受診日において美濃加茂市にある	ある ・ なし
	2. 受診日の翌日から起算して6箇月以内の申請である	はい ・ いいえ
	3. 当該健診について他の助成を受けていない	はい ・ いいえ

【市記入欄】

申請受理年月日	年 月 日	受理者名	
---------	-------	------	--