

記入例

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

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市太田町3431-1

口座名義人と同じ

氏 名 美濃加茂 太郎

対象者との続柄 父

携帯電話もOKです

電話番号 0574-25-2111

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		10,000 円		領収書等で確認し対象額を記入 ※上限 5,000 円+上限 5,000 円
対 象 者	(1) 産婦氏名	美濃加茂 花子		
	(2) 産婦生年月日	平成 ○ 年 △ 月 □ 日		
	(3) 出産日	令和 ○ 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)	○△×病院	令和○年○月△日	0,000円
	2回目(産後1か月)	○△×病院	令和○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。		
にシ印をつける		領収書から対象額を記入		
振 込 先	金融機関名 支店名	めぐみの農業協同 銀行・組合・金庫 金融機関コード (6242)		太 田 本店・支店 支店番号 (010)
	預金種別	普通	口座番号	1234567
	フリガナ	みのかも たろう		
	口座名義人 (申請者)	美濃加茂 太郎		
		申請者の口座名義		
		※7ケタで記入		

※□印欄は、該当するものにシ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	各項目、どちらかを○で囲む
---------	-------	------	---------------