

明和町産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

申請者 住 所 明和町
氏 名
電話番号

次のとおり、産婦健康診査助成金の交付について、下記のとおり申請します。

1. 産婦健康診査受診者名

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		出産日	年 月 日
支払額合計	円 ※検査に直接要した金額		

2. 振込先口座

口座振替依頼	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所		預金種別 普通・当座 その他（ ）		
	フリガナ				口座番号		
	口座名義人						
添付書類		☐ 産婦健康診査受診票 ☐ 産婦健康診査費用が分かる領収書、明細書（原本） ☐ その他町長が必要と認める書類					
助 成 額（町記入欄）		確認欄					
円							

3. 支払額内訳（※申請の際に記入してください。）

区分	健診年月日	医療機関名	支払額	助成額 (町記入欄)
2 週間	年 月 日		円	円
1 か月	年 月 日		円	円
		合計額	円	円