

様式第2号(第10条関係)

島本町産婦健康診査費用助成申請書

島本町長様

年 月 日

申請者 住所 島本町
氏名
電話番号
受診者との続柄()

島本町産婦健康診査実施要綱第10条第2項の規定により、次のとおり申請します。
助成額の支払いについては、次の口座へ振込みを依頼します。なお、審査のため住民基本台帳を閲覧することに同意します。

受診者	氏名							
受診医療機関・助産院	医療機関名・助産院名							
	所在地							
振込先口座	金融機関名	銀行・信金 農協・組合					支店	
	口座番号						預金種別	
	フリガナ						普通 ・ 当座	
	口座名義							

*以下は記入しないでください。

受診日	①使用券種	②健診に伴う個人負担額	支給決定額 (①と②のいずれか少ない額)
1 年 月 日	5,000 円	円	円
2 年 月 日	5,000 円	円	円
合計	円	円	円

【添付書類】

- 医療機関又は助産所へ提出し、健康診査の結果その他必要事項が記載された受診券
- 健康診査について医療機関又は助産所が発行した領収書
- 母子健康手帳の写し
- その他()