

別記様式第5号（第9条関係）

年 月 日

関市長 様

関市産後健康診査費用助成金交付申請書

関市産後健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関市産後健康診査費用助成事業実施要綱第9条第1項の規定により、関係書類を添付して申請します。

なお、市が本申請に係る住所確認をすることに同意します。

申請者 (受診者)	氏 名		印
	住 所		
	生 年 月 日		年 月 日
	電 話 番 号		() -
助 成 額	産後 2週間	受診日： 年 月 日 医療機関名：	助成額（上限 5,000 円） 円
	産後 4週間	受診日： 年 月 日 医療機関名：	助成額（上限 5,000 円） 円
書 類	(1) 健診結果が記入された関市産後健康診査受診票 (別記様式第1号、別記様式第2号) (2) 産後健診に要した費用を支払ったことが分かる書類 (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類		

別記様式第7号（第9条関係）

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

関市産後健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号で交付決定の受けた助成金について、関市産後健康診査費用助成事業実施要綱第9条第3項の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 請求金額 金 円
2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所
預貯金種別		普通 ・ 当座
通帳記号（※ゆうちょ銀行のみ）		
口座番号（通帳番号）		
フリガナ		
口座名義人		

令和2年 5 月 1 日

関市長 様

関市産後健康診査費用助成金交付申請書

関市産後健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関市産後健康診査費用助成事業実施要綱第9条第1項の規定により、関係書類を添付して申請します。

なお、市が本申請に係る住所確認をすることに同意します。

申請者 (受診者)	氏名	関花子 ㊟	
	住所	関市日ノ出町1丁目3番地3	
	生年月日	S〇年〇月〇日	
	電話番号	(0575)24-0111	
助成額	産後 2週間	受診日： R2年4月1日 医療機関名： 〇〇病院	助成額（上限5,000円） 円
	産後 4週間	受診日： R2年4月15日 医療機関名： 〇〇病院	助成額（上限5,000円） 円
書類	(1) 健診結果が記入された関市産後健康診査受診票 (別記様式第1号、別記様式第2号) (2) 産後健診に要した費用を支払ったことが分かる書類 (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類		

上限5000円です。それぞれ
でご記入ください。

別記様式第7号（第9条関係）

関市長 様

日付は記入しないでください。

年 月 日

申請者 住 所 関市日ノ出町1丁目
3番地3

氏 名 関 花 子 (関)
電話番号 0575-24-0111

関市産後健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号で交付決定の受けた助成金
について、関市産後健康診査費用助成事業実施要綱第9条第3項の規定により、下
記のとおり請求します。

上記申請者と口座名義が異なる
場合はご記入ください。

記

- 1 請求金額 金 円
2 振込先 下記口座に振込願います。(氏名) ○○ ○○

金融機関名	関 銀行 金庫 組合 農協	関 本店 支店 出張所
預貯金種別	普通 ・ 当座	
通帳記号（※ゆうちょ銀行のみ）		
口座番号（通帳番号）	1 1 1 1 1 1 1	
フリガナ	セ キ ハ ナ コ	
口座名義人	関 花 子	