

関市長 様

関市産婦健康診査費用助成金交付申請書

関市産婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関市産婦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。

申請者 (受診者)	氏 名		
	<small>(自署又は記名・押印)</small>		
	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	助成額（上限5,000円）
		医療機関名：	円
	産後 4週間	受診日： 年 月 日	助成額（上限5,000円）
		医療機関名：	円
書 類	(1) 健診結果が記入された産婦健康診査受診票兼結果票 (別記様式第1号)		
	(2) 産婦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6号（第9条関係）

関市長 様

年 月 日

記入しないでください。

申請者 住 所 関市日ノ出町1丁目3番地3

氏 名 関 花子

（自署又は署名・押印）

電話番号

関市産婦健康診査費用助成金交付請求書

記入しないでください

年 月 日付け関市指令 第 号

で交付決定の受けた関市産婦健康診査費用助成金について、関市産婦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	関市	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）	123456		
フリガナ	セキ ハナコ		
口座名義人	関 花子		