

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 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		

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所

氏 名

（自署又は記名・押印）

電話番号

関市産婦健康診査費用助成金交付請求書

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	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		

