

別記様式第1号（第5条関係）

聖籠町妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査費用助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住 所
氏 名
TEL

聖籠町妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査費用助成実施要綱に規定する健康診査を受診しましたので、健康診査に要した費用の助成を申請します。なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診機関への支払内訳の確認等、関係部署等に確認することに同意します。

記

健康診査の種類	妊婦健康診査 ・ 産婦健康診査 ・ 1 か月児健康診査			
申 請 額	円			
受診者氏名				
健 診 日	年 月 日			
医 療 機 関	住 所			
	名 称			
振 込 金 融 機 関	銀 行 名		口座名義人	
	支 店 名		口 座 番 号	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に健康診査費助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 氏名

- 1. 領収書、対応する健診受診票、母子健康手帳を添付してください。
- 2. 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

別記様式第1号（第5条関係）

聖籠町妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査費用助成申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

聖籠町長 様

申請者 住 所 聖籠町大字諏訪山825番地
氏 名 聖籠 花子
TEL 27-6511

聖籠町妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査費用助成実施要綱に規定する健康診査を受診しましたので、健康診査に要した費用の助成を申請します。なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診機関への支払内訳の確認等、関係部署等に確認することに同意します。

記

健康診査の種類	妊婦健康診査 ・ 産婦健康診査 ・ 1 か月児健康診査			
申 請 額	円			
受診者氏名	聖籠 太郎			
健 診 日	〇年 〇月 〇日			
医 療 機 関	住 所	聖籠町諏訪山825番地		
	名 称	〇〇病院		
振 込 金 融 機 関	銀 行 名	聖籠銀行	口座名義人	セイロウ ハナコ
	支 店 名	聖籠支店	口 座 番 号	1234567

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に健康診査費助成金の受け取りを委任します。
年 月 日
氏名

- 1. 領収書、対応する健診受診票、母子健康手帳を添付してください。
- 2. 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。