

※申請時にはこの記入例様式
は使用しないでください

海田町産婦健康診査受診助成申請書

記入不要 年 月 日

海 田 町 長 様

申請者氏名

次のとおり，産婦健康診査に要した費用について，関係書類を添えて申請します。

	氏名		生年月日						
受診者（産婦）名			年 月 日						
住所	〒736 ー 安芸郡海田町 電話 ()								
実施機関名	実施機関名								
	所在地	電話 ()							
助成申請額	1回目	円	助成申請額						
	2回目	円	円						
振込先	金融機関名	金融機関コード							
		銀行・農協 金庫・組合	本店 支店						
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号						
	口座名義人	(フリガナ)							

申請者名義の口座を記入してください。
ない場合はこども課までご相談ください。

- ※ 次の書類を添付してください。
- (1)実施機関発行の領収書 (2)海田町産婦健康診査補助券及び結果票
- (3)海田町産婦健康診査問診票（質問票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） (4)請求書
- ※ 助成額は，1回あたり 5,000 円を上限額とします。
- ※ 申請者，振込先口座名義人及び請求者は，産婦健診受診者としてください。

海田町産婦健康診査受診助成申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者氏名 _____

次のとおり、産婦健康診査に要した費用について、関係書類を添えて申請します。

	氏名		生年月日				
受診者（産婦）名			年 月 日				
住所	〒736 ー 安芸郡海田町 電話 ()						
実施機関名	実施機関名						
	所在地	電話 ()					
助成申請額	1回目	円	助成申請額 _____円				
	2回目	円					
振込先	金融機関名	金融機関コード					
		銀行・農協 金庫・組合		本店 支店			
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号				
	口座名義人	(フリガナ)					

※ 次の書類を添付してください。

(1)実施機関発行の領収書 (2)海田町産婦健康診査補助券及び結果票

(3)海田町産婦健康診査問診票（質問票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） (4)請求書

※ 助成額は、1回あたり 5,000 円を上限額とします。

※ 申請者、振込先口座名義人及び請求者は、産婦健診受診者としてください。