

武雄市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要。

武雄市産婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

委託医療機関以外の医療機関等で産婦健康診査を受診し、費用を負担したので、武雄市産婦健康診査実施要綱の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等に確認することに同意します。

産婦氏名		生年月日		年 月 日	
受診医療機関名					
産婦健診受診日		(第1回)	年 月 日	自己負担額	円
自己負担額		(第2回)	年 月 日	自己負担額	円
助成金の額（合計）		金		円	
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義				

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄に記入をお願いします。

私は、産婦健康診査受診費助成金の受領に関する権限を上記口座名義人に委任します。	
年 月 日	氏名
（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要。	

- 1 助成金の額は、産婦健康診査に要する経費に相当する額とする。ただし、1回につき5,000円を限度とする。
- 2 添付書類
 - (1) 受診した委託医療機関以外の医療機関等が発行する領収書の写し（産婦健康診査の費用が明記されたもの）
 - (2) 産婦健康診査受診票又は産婦健康診査受診状況が確認できるもの（母子手帳等）
 - (3) その他市長が必要と認める書類
- 3 提出期限は、産婦健康診査を受診した日から1年以内とする。