様式第１号（第４条関係）

産婦健康診査費用助成申請書

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

幕別町長　様

申請者 　郵便番号

住　所

氏　名

電話番号

幕別町産婦健康診査費用助成実施要綱の規定により、次のとおり産婦健康診査費用の助成を申請します。なお、審査のため領収書について医療機関への内容照会を行うこと、申請者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 産婦健康診査を受けた者の氏名 |  |
| 産婦健康診査を受けた者の住所 | 幕別町 |
| 産婦健康診査を受けた者の生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 産婦健康診査を受けた医療機関名 |  |

※　助成の額は、産婦健康診査に要した費用で、1回4,000円を上限として2回までとします。

【添付書類】

１　産婦健康診査の受診を証明することができる書類の写し（母子健康手帳等）

２　医療機関が発行する産婦健康診査に要した費用の内訳が記載された領収書の写し

３　口座の確認ができるものの写し（通帳等）

【振込先金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行金庫組合農協 | 本店･支店本所･支所出張所 |
| 預金種別 | □　普　通□　当　座□　貯　蓄 | ゆうちょ銀行の場合 | 店名 | 店番 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | (フリガナ) |
|  |