

様式第4号（第8条関係）

淡路市産婦健康診査費助成金請求書

年 月 日

淡路市長様

請求者 住所
氏名 印
電話番号 () - 番

淡路市産婦健康診査費助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり請求します。

1 産婦健康診査を受けた者

氏名		出産年月日	年 月 日
----	--	-------	-------

2 請求内訳

回数	受診日	受診医療機関	受診費用	助成金額
1	年 月 日		円	※上限額5,000円 円
2	年 月 日		円	※上限額5,000円 円
計				円

3 助成金の振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口座種別	普通・当座・その他 ()	
口座番号		
口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

添付書類

- 産婦健康診査を受けた医療機関が発行した領収書の写し
- 産婦健康診査に係る費用の支払を証する書類の写し
- 産婦健康診査の記載がある母子健康手帳又はその結果を証明することができる書類
- 未使用の助成券