様式第１号

年　　月　　日

上里町産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

上里町長　　　　　　　様

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　上里町産婦健康診査助成金交付要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、町が受診した医療機関及び助産所に問い合わせることに同意します。

（申請内容）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健　診　年　月　日 | | 年　 月　 日 | 助成金交付申請額  （上限5,000円） | | 円 |
| 受診した医療機関等 | | 名　　称 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 金融機関の名称 | 銀行・信用金庫  　農協・（　　　） | | | 本店・支店 | |
| 預金の種類 | １　普通　　　　２　当座 | | | 口座番号 | № |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

　※添付書類

1. 母子健康手帳の写し
2. 医療機関及び助産所で受診した結果等、必要事項が記載された助成券（市町村保管分）
3. 健診を実施した医療又は助産所が発行した領収書の写しその他健診の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類