様式第１号

**①　日付を記入**

**記入例**

令和〇年　〇月　〇日

上里町産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

**② 郵便番号、住所、氏名（受診者本人）、電話番号を記入**

上里町長　　　　　　　様

住　　所　〒369-03〇〇　上里町〇〇

**④㋐～㋒を記入**

**㋐産婦健診の受診年月日を記入**

**㋑健診費用が5,000円未満の場合は支払金額を記入。**

**5,000円以上の場合は5,000円と記入。**

**㋒産婦健診を受診した医療機関や助産所などの名称、電話番号を記入**

 氏　　名　〇〇〇〇〇　　　　　　　　㊞

電話番号　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

**③ シャチハタ印以外で押印**

　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**㋐** | 〇年〇 月〇 日 | 助成金交付申請額（上限5,000円）**㋑** | 〇〇〇〇円 |
| 受診した医療機関等**㋒** | 名　　称 | 　〇〇〇〇〇〇〇 |
| 電話番号 | 　〇〇〇〇　〇〇　〇〇〇〇 |
| 金融機関の名称 | 銀行・信用金庫〇〇〇　農協・（　　　） | 　〇〇〇　本店・支店 |
| 預金の種類㋔ | １　普通　　　　２　当座 | 口座番号 | №　〇〇〇 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 　　〇〇〇〇〇〇〇 |
| 口座名義人 | 　〇〇　〇〇 |

　※添付書類

1. 母子健康手帳の写し

**⑤振込先を記入**

**・申請者（受診者本人）名義の口座を記入**

1. 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）

**⑤ ㋐～㋒を記入**

**㋐ 妊婦健診の受診日を記入**

**㋑ ㋐の支払額を記入（保険適用外（10割負担）の金額）**

**㋒ ㋐で使用した妊婦健診助成券の番号（助成券の上部の番号①～⑭　番号がないものは左記のように助成券の名称を記載）**

**助成券は番号順に使用する必要はありません。**

※助成額は各助成券助成額と支払額を比較していずれか少ないほうになります。

1. 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