

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

神戸町長 様

申請者 住 所 〒
安八郡神戸町大字
氏 名
電話番号

神戸町産婦健康診査費助成申請書兼請求書

神戸町産婦健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

助成金額		金		円也	
産 婦 健康診査	受診者氏名				
	生年月日	年 月 日 (年齢)			
	医療機関名				
	健 診 日	年 月 日	年 月 日		
	健 診 費 用 (支払い金額)	(産後2週間) 円	(産後1か月) 円		
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協 支店			
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

(添付書類)

1. 母子健康手帳
2. 産婦健康診査に係る領収書（明細が明記されているもの）