

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<br>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<br>(支払い金額) | (産後2週間)<br>円      | (産後1か月)<br>円 |  |
| 振 込 先<br>金融機関 | 金融機関名              | 銀行・金庫<br>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）