

産婦健康診査助成金申請書兼請求書

ふりがな			
産婦の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
母子健康手帳 番号		出産日	令和 年 月 日
助成申請の内訳	産婦健康診査 費用補助券	受診日 (領収書の日付と同日)	金額
	<input type="checkbox"/> 産後2週間健診	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 円
	<input type="checkbox"/> 産後1か月健診	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 円
	合計	件	円
病院等の名称 所在地	別添付領収証のとおり		
申請の理由	1 委託医療機関外健診 2 補助金額以下の健診費用 3 その他		
振込み先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名 出張所
	口座名義人 (カタカナ)	口座番号	普通
<p>上記のとおり申請及び請求します。また、助成金支払い事務にあたり、住民基本台帳を確認すること、および上記内容について医療機関等に確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 座間市長 殿</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>捨 印</p> </div> <div style="width: 80%;"> <p style="text-align: right;">対象者氏名 印</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>.....</p> </div> </div>			

支給決定額		円	支給決定日 令和 年 月 日
-------	--	---	-------------------------