

粕屋町長 様

年 月 日

粕屋町産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

粕屋町産婦健康診査費用助成事業実施要綱第10条1項の規定により、  
下記のとおり申請します。  
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

申請者 (産婦)	名 前			生年月日	年 月 日
住 所	粕屋町			連絡先 電話番号	
産婦健康診査 実施医療機関	名 称				
回数	産婦健診受診日	産 後 日月数	産婦健診費用 (領収書金額)	助成対象費用	助成申請額
1回目	年 月 日		円	円	円
2回目	年 月 日		円	円	円
				合計	円

※太枠内は町で記入します

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ			名義人名	
金融機関名		支店名		分類	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
銀行 農協 金庫 組合		本・支店 本・支所 出張所		口座 番号	右詰めで記入を
金融機関コード		支店コード			

【添付書類】

- ① 医療機関が発行する産婦健康診査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- ② 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し
- ③ 医療機関が記載した粕屋町産婦健康診査受診票、その他の検査項目を称する書類
- ④ 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証の写し等)