

産婦健康診査費用助成申請書

遊佐町長 様

《申請者》

住所 遊佐町

氏名

電話（日中連絡先）

遊佐町産婦健康診査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、必要書類を添えて下記の通り申請します。
なお、申請内容について町が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

産婦氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
分娩日	令和 年 月 日		
健診実施医療機関	名称 住所		

健診日	年 月 日	健診料金	円
健診内容	☐ 問診・診察・体重測定・血圧測定・尿検査 ☐ EPDS・ボンディング	申請額	上限3,000円 円

振込先	フリガナ								
	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店・ 支店			
	金融機関コード					店番号			
	フリガナ								
	口座名義								
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）							
	口座番号								左詰記入

- 《添付書類》
- （1）受診日、健診内容及び健診結果を確認できるもの
 - （2）医療機関発行の領収書の写し
 - （3）母子健康手帳の写し
 - （4）申請者名義の通帳の写し