

様式第4号（第10条関係）

産婦健康診査費助成金の償還払に係る請求書

朝来市長 様



別紙証拠書類添えて産婦健康診査費助成金の償還払について請求します。
 なお、請求内容審査のため、市長が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

		申請年月日	年	月	日
ふりがな					生年月日
産婦氏名					年 月 日
出産日	年	月	日		
産婦健康診査実施日	年	月	日		
受診医療機関等					
請求金額	_____円（上限5,000円）				
請求者	住所	朝来市 _____			
		電話番号（ _____ ）			
	氏名	_____			
（自署されない場合は記名押印してください。）					
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。					
金融機関名					
支店名					
種別	普通・当座	口座番号			
(ふりがな) 口座名義人 (受取人)					

注意 この請求書に次の書類を添付してください。

- (1) 医療機関等で実施した産婦健康診査の費用の領収書
- (2) 産婦健康診査結果書類又は母子健康手帳の写し
- (3) 産婦健康診査費助成決定通知書兼産婦健康診査費助成券（交付を受けていない方は必要ありません）

<職員記入欄>

健診日	年 月 日	償還払理由	<input type="checkbox"/> 助成券未交付、紛失 <input type="checkbox"/> 委託医療機関外 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
健診結果	支援不要・要支援・不明	添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 健診結果書類又は母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査費助成券 （発行番号 _____ ）
交付決定（却下）日	年 月 日		

