



産婦健康診査費助成金請求書

朝来市長 様

朝来市産婦健康診査費助成事業実施要綱第10条第2項の規定により、関係書類を添えて次の助成金について請求します。

なお、請求内容審査のため、朝来市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	_____		
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費用の領収書の写し
- (2) 産婦健康診査結果書類又は母子健康手帳

<職員記入欄>

健診日	年 月 日	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
健診結果	支援不要 ・ 要支援		
発行番号	朝産 _____		

