

産婦健康診査費助成券交付申請書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市産婦健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり、産婦健康診査費助成券の交付を申請します。

なお、産婦健康診査費助成手続のため、医療機関等が朝来市へ健診結果の報告をすること及び朝来市が医療機関等へ健診結果の問合せをすることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 朝来市 電話 ()	
医療機関等名 []			
所在地 (都道府県 市町村)			
申請受理年月日	年 月 日	発行番号	朝産 —

備考

- 1 太枠の中を御記入ください。
- 2 委託医療機関等以外で産婦健康診査を受けた場合は、助成券が使用できません。その場合には、健診を受けた後に産婦健康診査費助成金請求書（様式第3号）により償還払を申請してください。

※ 個人情報の保護について

この文書で得られた個人情報は適切に保管し、本事業以外の目的には使用いたしません。

<職員記入欄>

助成券交付	有（交付日： 年 月 日 手渡し・郵送） 無（転出予定・その他）
-------	-------------------------------------



