

土岐市長

申請者（産婦本人）

住 所 土岐市

氏 名

電話番号

土岐市産婦健康診査助成申請書兼請求書

土岐市産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、土岐市産婦健康診査料助成要綱第 8 条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請書の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に対し検査・健診の内容を照会されることについて同意します。

1 交付申請（請求）額 円

2 健診の内容

	受診日	健診費用支払額	助成限度額	助成額
1 回目	年 月 日	円	5,000円	円
2 回目	年 月 日	円	5,000円	円
計				円

3 助成金の振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		
店名	店		
種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

4 添付書類 ・ 受診結果が記入された受診票
 ・ 産婦健康診査に係る領収書又は領収証明書
 ・ 振込先指定口座の銀行名、名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる通帳やキャッシュカードのコピー

市の確認欄

- 母子健康手帳の確認（健診実施日・結果）
- 受診票
- 領収証等
- 振込先指定口座の分かる書類