

諫早市産婦健康診査事業委託機関外受診に係る助成金交付申請書

年 月 日

諫 早 市 長 様

申請者の住所 諫早市

申請者の氏名

産婦健康診査を委託機関外で受診したので、諫早市妊産婦乳幼児健康診査実施規程第33条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。なお、この健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
受診者氏名			出産日	年 月 日	
住 所	〒 諫早市			TEL	()
連絡先 (里帰り先)	〒 (様方)			TEL	()
健 診 回 数	今回請求する回数に○を付け、その受診日を記載してください。				
	1回目	年 月 日		2回目	年 月 日
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	預金 種別 普通・当座
	フリガナ	口座 番号			
	口座名義人				

* 本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。

【請求内訳】

(単位：円)

区 分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
第1回		5,000	
第2回		5,000	
総合計			

*(添付書類)領収書(原本又は写し)・該当する受診票(結果記載のあるもの)

*(注)受診した日から1年以内に、1回分又は2回分をまとめて申請ください。

領収書添付欄