様式第１号（第４条関係）

大木町産婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

大木町長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

下記のとおり、産婦健康診査を受診しましたので、大木町産婦健康診査費助成金交付要綱第４条に基づき、助成金の支給を申請します。また、この申請内容について、医療機関等へ確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 | 　印　 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　－ | 電話番号 |
| 大木町 | （　　　）　　－　　 |
| 出産日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診回数 | 健診受診日 | 自己負担額（ア）※医療保険適用外のみ | 上限額（イ） | 申請額（ア）と（イ）の低い方の額 |
| 産婦健康診査１回目 | 　年　　月　　日 | 　　　　　　　円 | 5,000円 | 　　　　　　円 |
| 産婦健康診査２回目 | 　年　　月　　日 | 　　　　　　　円 | 5,000円 | 　　　　　　円 |
| 医療機関名 |  | 申請額合計 |  |
| 医療機関住所 |  |

受付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振込み依頼欄 | 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 本店・支店支所・出張所 |
| 種目 | １普通　２当座　３貯蓄 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義（受診者氏名） |  |

【添付書類】

①産婦健診を受けた医療機関が発行した領収書（氏名、受診日、受診医療機関、保険適用の有無が明記されたもの）

②お母さんの気持ち質問票（様式第２号）

③母子健康手帳