

様式第1号（第5条関係）

長洲町産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

長洲町長 様

年 月 日

長洲町産婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、下記記載内容の確認のため、長洲町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

(受診者氏名)

ふりがな		受診者	
受診者氏名		住所	
生年月日	年 月 日	電話番号	— —
申請者氏名	受診者と同じ場合は記載不要 (続柄)	申請者 住所 電話番号	受診者と同じ場合は記載不要
出産日	年 月 日		
① 第1回健診（産後約5～21日以内）を受けた医療機関			
医療機関名 所在地			
受診日	年 月 日	受診費用（保険適用外）	円
② 第2回健診（産後約22～56日以内）を受けた医療機関			
医療機関名 所在地			
受診日	年 月 日	受診費用（保険適用外）	円

助成金振込先金融機関口座（受診者の口座に限る。）

銀行名	銀行	本 ・ 支 店
口座番号		普通 ・ 当座
フリガナ		
口座名義		

関係書類：振込先金融機関口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）、領収証（医療機関名印又は代表者印があるもの）、母子健康手帳及び産婦健康診査受診票
申請期間：産婦健康診査を受けた日の翌日から起算して1年以内とする。

交付決定書（長洲町記入欄）

第1回受診費用 ①	交付決定額 ③	交付決定額 ③+④
円	円	円
第2回受診費用 ②	交付決定額 ④	
円	円	