

様式第1号 (第5条関係)

名張市産婦健康診査における県外医療機関等での受診に係る費用助成金支給申請書

年 月 日

名張市長 宛て

名張市産婦健康診査における県外医療機関等での受診に係る費用助成事業実施要綱 (令和4年告示第52号) 第5条第1項の規定に基づき、産婦健康診査費用の助成を申請します。

申請者住所 〒

住所 名張市

氏名 (産婦)

電話 () -

申請金額 円

申請者 (産婦)	氏名	()	生年月日	年 月 日生
	住所	〒 名張市 ※申請者と同じ場合は記載不要です。		
受診日		診査費用 (実額)	助成限度額	受診状況
1回目: 年 月 日		円	5,000 円	<input type="checkbox"/> 請求済 <input type="checkbox"/> 今回請求
2回目: 年 月 日		円	5,000 円	<input type="checkbox"/> 今回請求
実施医療機関名				

- (添付資料) 1 産婦健康診査結果票 (又は、名張市産婦健康診査受診票兼結果票)
2 医療機関等発行の領収書

※受付年月日	年 月 日	(承認・不承認)	年 月 日
※受付者		*決定年月日	
*受給者番号		*助成額	円

名張市産婦健康診査における県外医療機関等での受診に係る費用助成金請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 ㊞

支給決定された産婦健康診査費用助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
ゆうちょ銀行	店番	預金種目	番号 (右づめでご記入ください)
貯金通帳の見開き下に記載された振込口座 の店番・番号を記入してください		普通 当座	
(フリガナ)	*必ず記入してください。		
口座名義人			

領収証の原本を添付してください。

領
収
証
等
書
類
添
付
欄