

様式第1号(第5条関係)

都留市産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

申請者

住 所 都留市

氏 名

Ⓔ

都留市契約外医療機関において受診した産婦健康診査について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成金申請額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協									
支店名	本店 支店									
口座種類	普通・当座	口座番号 (右詰め)								
預金口座名義	フリガナ									
	住所									
	フリガナ									
	氏名									

3 受診明細

受診者氏名			出産年月日	年 月 日
産婦健診受診日		産婦健診費用 (保険適用分を除く)	上限額	決定額
1	年 月 日	円	5,000 円	円
2	年 月 日	円	5,000 円	円
受診した 医療機関		医療機関名 所在地 TEL		

産婦健康診査結果等について、当該医療機関と市が共有し、赤ちゃんとお母さんのすこやかな成長と子育て支援のために使用することに同意します。

_____年 月 日 署名_____

添付書類

- (1) 母子健康手帳
- (2) 当該産婦健康診査の領収書
- (3) 産婦健康診査受診票（結果を記入したもの）