

年 月 日

香美町長 様

申請者 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 受診者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
 電話（ \_\_\_\_\_ ）

香美町産婦健康診査費助成申請書

香美町産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、香美町産婦健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請額		円		
受診者	住 所			
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	健診受診日	年 月 日	出産日	年 月 日
	年 月 日			

(添付書類)

- 1 医療機関が発行した領収書及び明細書の写し（ \_\_\_\_\_ 枚）
- 2 産婦健康診査を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）の写し

次の金融機関に振込みをしてください。

金融機関名	銀行 ・ 信用（金庫・組合） ・ 農協		
本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所 ・ 支所		
種 別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			