

つくば市長 宛て

受診者氏名 _____

つくば市産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

つくば市産婦健康診査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。

産婦健康診査	受診者	フリガナ 受診者氏名			生年月日 年 月 日	
		住所	〒 つくば市			
		電話番号				
		出産日	年 月 日			
	受診 医療機関	医療機関名				
住所				電話番号		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 組合 本・支店					
口座の種別・口座番号	普通 ・ 当座					
フリガナ						
口座名義人						

請求の内訳 (受診回数)	受診日	助成上限額		請求額 ※注	交付額 (担当者記入欄)
		第1回	5,000円		円
	第2回	5,000円		円	円
合計				円	円

※注 助成の対象となる費用は、産婦健康診査の費用のみとなりますので、請求額が助成上限額以下であっても、実際の交付額が請求額と異なる場合があります。

受 付 者 対 応 欄	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受診票 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 「子の保護者」欄・「出生届出済証明」欄の写し (P 1) <input type="checkbox"/> 「出産後の母体の経過」欄の写し (P 15)