

様式第1号（第4条関係）

駒ヶ根市産婦健康診査支援事業補助金交付申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（子ども課）

申請者 住 所
氏 名 印
連絡先（電話）

下記のとおり産婦健康診査を受診したので、駒ヶ根市産婦健康診査支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

| | | | |
|------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------------|
| 受診票交付日 | 年 月 日 | 交付番号 | |
| 出産日 | 年 月 日 | | |
| 健診受診日及び 実施機関名 | 年 月 日受診 | | |
| | 年 月 日受診 | | |
| 申請金額等 | 未使用の産婦健康診査 受診票の助成上限額 (A) | 自己負担額 (B) | 申請金額 (A)又は(B)のうち いずれか少ない額 |
| | | | |
| 振込先金融機関 | (金融機関名) | 口座種類 | |
| | | 口座番号 | |
| | (本・支店名) | (フリガナ) 口座名義 | |

- （添付書類）(1) 産婦健康診査を実施した実施機関発行の領収書
(2) 未使用の産婦健康診査受診票
(3) 母子健康手帳の写し（産婦健康診査結果）
(4) その他（ ）