

記入見本

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）

印鑑を忘れずに
押してください

申請者 住所 **駒ヶ根市赤須町20-1**
氏名 **駒ヶ根 花子** 印
連絡先（電話） **〇〇〇-●●●●-××××**

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	〇〇年 〇月 〇日		
健診受診日及び 実施機関名	〇〇年 〇月 〇日受診 △△病院		
	〇〇年 〇月 〇日受診 △△病院		
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
振込先金融機関	(金融機関名) 〇〇銀行	口座種類	普通
		口座番号	1234567
	(本・支店名) 〇〇支店	(フリガナ) 口座名義	駒ヶ根花子

2週間・1カ月健診
の受診日をご記入
ください。

口座名義は申請者と
同じにしてください。

- （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（ ）