

産婦健康診査費助成申請書

令和 年 月 日

砥部町長 様

助成申請者 (健診受診者)

住所 砥部町 _____

氏名 _____

電話 () _____

県外の医療機関等で産婦健康診査を受診しましたので、関係書類を添えて、砥部町産婦健康診査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成対象健診	産婦健康診査受診日	助成申請額
産後 2 週間前後	令和 年 月 日	金 円
産後 1 か月前後	令和 年 月 日	金 円

(注) 助成額は、実際に県外医療機関等で支払った額とする。ただし、上限を 5,000 円とする

< 職員記入欄 >

領収書	<input type="checkbox"/> 産後 2 週間前後	<input type="checkbox"/> 産後 1 か月前後
記入済の受診票	<input type="checkbox"/> 産後 2 週間前後	<input type="checkbox"/> 産後 1 か月前後
母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 産後 2 週間前後	<input type="checkbox"/> 産後 1 か月前後