

# 記入例

様式第2号(第8条関係)

亶理町産婦健康診査費用助成申請書兼請求書		
受診者	氏名 <b>亶理 花子</b> (生年月日 <b>平成 10 年 12 月 1 日</b> )	
委託医療機関等で受診できなかった理由	<b>里帰り出産のため</b>	
健診を受けた医療機関名及び所在地	<b>〇〇市△△△字□□番地 ◎◎病院</b>	
健診の種類	初回 (産後2週間前後)	2回目 (産後1か月前後)
健診日	<b>令和 3 年 2 月 1 日</b>	<b>令和 3 年 2 月 15 日</b>
健診に要した費用①	<b>5,000</b> 円 (助成上限額5,000円)	<b>5,000</b> 円 (助成上限額5,000円)
申請額 (助成上限額又は健診に要した費用のいずれか低い額)	<b>*記入せずに提出して下さい</b> 円	
亶理町長 殿  上記のとおり産婦健康診査に要した費用に関する関係書類(注1)を添えて申請します。  <b>令和 3 年 3 月 1 日</b>		
申請者	住所	亶理町 <b>字悠里1番地</b>
	氏名	<b>亶理 花子</b> (受診者との関係 <b>本人/夫/母 等</b> )
	電話	<b>090 - 1234 - 5678</b>

**申請者と振込口座名義人は同一の方でお願いします。**

助成金は、下記の口座へ振込願います。

口座振込依頼欄	〇〇 <b>銀行</b> 信用金庫 農協	□□ <b>支店</b> 本店 出張所	種目	<b>普通</b> 当座 その他	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号
			○	○	○
	フリガナ		<b>ワタリ ハナコ</b>		
	口座名義人		<b>亶理 花子</b>		

(注1) 医療機関等が発行した領収書及び未使用の産婦健康診査受診票  
振込先金融機関口座確認書類の写し