|  |
| --- |
| 長洲町産婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書　　長洲町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　長洲町産婦健康診査費用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。また、下記記載内容の確認のため、長洲町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。（受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 受診者住所 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 電話番号 | ―　　　　　― |
| 申請者氏名 | 受診者と同じ場合は記載不要（続柄　　　　） | 申請者住所電話番号 | 受診者と同じ場合は記載不要 |
| 出産日 | 年　　　月　　　日 |
| 1. 第１回健診（産後約５～２１日以内）を受けた医療機関
 |
| 医療機関名所在地 |  |
| 受診日 | 年　　月　　日 | 受診費用（保険適用外） | 円　 |
| 1. 第２回健診（産後約２２～５６日以内）を受けた医療機関
 |
| 医療機関名所在地 |  |
| 受診日 | 年　　月　　日 | 受診費用（保険適用外） | 円　 |

助成金振込先金融機関口座（受診者の口座に限る。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 銀行名 | 銀行　 | 本　・　支店 |
| 口座番号 |  | 普通　・　当座 |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

関係書類：振込先金融機関口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）、領収証（医療機関名印又は代表者印があるもの）、母子健康手帳及び産婦健康診査受診票

申請期間：産婦健康診査を受けた日の翌日から起算して１年以内とする。

交付決定書（長洲町記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第1回受診費用（①） | 交付決定額（③） | 交付決定額（③+④） |
| 円　 | 円　 | 円　 |
| 第2回受診費用（②） | 交付決定額（④） |
| 円　 | 円　 |