様式第4号（第9条関係）

宇美町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 　申請者　 住所　宇美町

　　　　　　　　　　 　　　　　 　 　氏名

 　　電話

宇美町産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

宇美町産婦健康診査事業実施要綱第9条の規定により次のとおり助成金を申請します。

なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 産婦氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住民票のある住所 | 宇美町 |
| 電　　　 話 |  | 母子健康手帳番号 |  |

１.助成金申請額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 受診年月日 | 自己負担額 | 助成上限額 | 申請額 |
| １回目 |  | 円 | 5,000円 | 円 |
| ２回目 |  | 円 | 5,000円 | 円 |
| 助成金申請合計額　 | 円 |

２.振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・金庫・農協 |
| 支　 店 　 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店・支所・出張所 |
| 預金種目 | 普通　･　当座　・その他（　　　　　） |
| 口　座　番　号 |  |
|  |  |

３．添付書類

　　・医療機関等が発行する健診の領収書及び診療明細書の写し

　　・健診結果の記載があるもの（医療機関が発行した結果表、母子健康手帳の「出産後の

母体の経過」のページ等）又はその写し

　・宇美町産婦健康診査受診券　　　　　　　　　　　　　　＜ 町記入欄 ＞

決定額

　　　　　　　　　　円