

◆ みほん ◆

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

記入しないでください。

壬生町長 様

産婦健診を受けたので、助成金を交付されたく申請（請求）いたします。

※申請者と口座名義は同じ名前。
違う場合は委任状が必要です。

申請者 住所 壬生町通町12-22

氏名 壬生 花子

印

電話 0282（81）1887

支払金額	円
個人負担金	円
助成額	円

記入しないでください。

産婦氏名	壬生 花子		生年月日	H1年 3月 6日
指定振込口座	金融機関名 <input type="radio"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 支店			
	(フリガナ) ミヅ ハナコ			
	口座名義	壬生 花子		
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	口座番号	123456
健診を受けた医療機関	〇〇〇〇	病院 医院	健診を受けた年月日	H30年 4月 5日

※申請に必要なもの 領収書・壬生町で配布された受診票・母子健康手帳・印鑑・振込口座の通帳
《申請にあたっての注意》

- 1 検査を受けた医療機関から領収書（レシート不可）を受取りご持参ください。
※領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。
- 2 助成金の請求できる期間は、検査した日から1年以内です。