

諏訪市産婦健康診査県外受診補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)諏訪市長

長野県外の医療機関で受診した産婦健康診査の費用について、関係書類を添えて請求します。

フリガナ 申請者氏名			生年月日	年 月 日
申請者住所	〒 諏訪市 (電話番号)			
出産日	年 月 日			
申請内容	健康診査種別	健診受診日	申請額	決定額
	産婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	円
	産婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	円
	合計	回	円	円
補助金振込先				
フリガナ 口座名義人			預金種別	普通 ・ 当座
金融機関名	銀行 信金 農協	支店名	本店 支店 支所	
口座番号				(左詰記入)

処理欄

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

*申請上の注意

○この請求書に下記の書類を添付してください。

- 産婦健康診査受診票（表面の医療機関記入欄及び裏面の問診結果の健診結果欄に受診機関による記載がされたもの）
- 医療機関が発行した産婦健康診査に係る領収書（原本）

○書類は、補助対象となる産婦健康診査を全て受診した日から 90 日以内に提出してください。