別記様式(第7条関係)

年　　月　　日

　身延町長　　様

(請求者)

住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

産婦健康診査費助成金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 円 |

次のとおり産婦健康診査を受けたので、身延町産婦健康診査費助成事業実施要綱第7条第2項の規定により請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな氏名 |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | |
|  | | | | 分娩日 | | 年　　月　　日 | |
| 母子健康手帳No. | | |  |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 受診医療機関 | | | | 名称 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | |
| 受診回数 | | | 受　診　日 | | | | 請求額(限度額:1回につき5,000円) | | |
| 1回目 | | | 年　　月　　日 | | | | 円 | | |
| 2回目 | | | 年　　月　　日 | | | | 円 | | |

なお、助成金は次の口座へ支払ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 銀　　行  農　　協  信用組合  信用金庫 | 店 |
| 口座種別 | １普通　２当座 | 口座番号 |  |
|  |  | | |

※この請求書に次の書類を添付してください。

(1)　産婦健康診査に要した費用に係る領収書及び診療明細書

(2)　産婦健康診査の結果が記載された書類

(3)　その他町長が必要と認める書類