

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
	住所	母子健康手帳 No.	
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	
ふりがな 口座名義			

※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