

第3号様式（第9条関係）

産婦健康診査費助成金申請書

年 月 日

湧水町長 様

湧水町産婦健康診査実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり産婦健康診査に係る助成金について申請します。

受診者氏名		生年月日		年 月 日	
受診者住所					
保護者氏名		印 【電話番号】			
申請内容	検査種別	検査受診日	申請額	受診日 チェック	決定額
	産婦健康診査（2週間健診）		円		円
	産婦健康診査（1か月健診）		円		円
記受診日に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。					
受任者 住所					
氏名 印 受診者との続柄					

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年 月 日	支給決定額	円
-------	-------	-------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、湧水町民の方で、県外の医療機関（国内のみ）においては産婦健康診査を受診された方が検査費に係る助成を受けるための書類です。
- 申請の際は、この申請書に医療機関発行の領収書及び母子健康手帳（の写し）と受診票を添付してください。
- 受診費に係る助成の申請は、産婦健康診査をした翌日からできます。申請期限は、検査日から起算して6か月です。