

様式第1号（第11条関係）

年 月 日

（宛先）春日市長

申請者 住所

（受診者）氏名

電話番号（ ） —

春日市産婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

春日市産婦健康診査助成金の交付を受けたいので、春日市産婦健康診査実施要綱第11条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 助成金交付申請額

※太枠は市で記入します。

領収書日付	産婦健診費用	受診券回数	助成対象費用	上限額	申請額
年 月 日	円	回目	円	円	円
年 月 日	円	回目	円	円	円
合 計					円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
銀行				
種目（番号を○で囲んでください。）	口座番号（右詰めで記入してください。）			
普通 当座 その他（ ）				
口座名義人	(フリガナ)			

3 添付書類

- (1) 自己負担した健診料に係る領収書（健診料の額が分かる診療明細書等を含む。）又はその写し
- (2) 未使用の受診券（産婦健診の内容が受診券の内容と同じ場合に限る。）
- (3) 医療機関が記載した春日市産婦健康診査結果票その他の検査項目を証する書類