

志摩市産婦健康診査費助成申請書

(宛先)志摩市長

申請者
住 所
氏 名 印
電話番号

志摩市産婦健康診査費の助成を受けたいので、志摩市産婦健康診査費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請します。また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、申請内容について、市が保有する個人情報を見・調査すること、及び受診状況等について医療機関に問い合わせることに同意します。

健 診 受 診 者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	受 診 医 療 機 関 名			
出 産 日	年 月 日	申請額	上限額	助成決定額
受 診 日	年 月 日	円	5,000 円	円
受 診 日	年 月 日	円	5,000 円	円
合 計		円	10,000 円	円

助成は、1回の出産につき2回が限度となります。また、1回につき5,000円が上限となります。

助成金の振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組	支店・本店 出張所
	預金種別	当座・普通	口座番号
	フリガナ 口座名義人		