

小国町長 様

産婦健康診査受診費償還払申請書兼請求書

下記のとおり、小国町産婦健康診査事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて交付申請します。

ふりがな 受診者氏名	⑩		生年月日	年 月 日	
受診者住所			電話番号		
申請 (請求) 内容	健診種別	受診年月日	申請額	決定額	備考
	産婦健康診査（産後2週間）	年 月 日	円	円	
	産婦健康診査（産後1か月）	年 月 日	円	円	
	合計		円	円	
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行	本店・支店	普通		フリガナ	
金庫	本所・支所	当座			
農協	出張所・代理店				
上記受診費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 ⑩ 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、小国町民の方で、町が委託契約を締結していない医療機関等（国内のみ）において産婦健康診査を受診された方が産婦健康診査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と産婦健康診査受診票を添付してください。
- 受診費に係る助成の申請は、産婦健康診査を受けた日からできます。申請期限は、出産日から起算して6か月です。