

様式第 3 号（第 8 条関係）

産婦健康診査受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

田原本町長 殿

〒

申請者（産婦） 住 所：  
氏 名：  
電話番号：

印

田原本町産婦健康診査受診費用助成事業実施要綱第 8 条第 2 項の規定により、受診費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

また、受診費用の助成金の交付を決定するに当たり、必要があるときは、町が住民基本台帳の閲覧、産婦健康診査を受けた医療機関等への支払内容の確認等を行うことに同意します。

|               |       |                |       |                   |      |           |
|---------------|-------|----------------|-------|-------------------|------|-----------|
| 出産日           |       | 年 月 日          |       |                   |      |           |
| 産婦健康診査<br>実施日 |       | 1 回目           | 年 月 日 |                   |      |           |
|               |       | 2 回目           | 年 月 日 |                   |      |           |
| 申請（請求）金額      |       | 円              |       |                   |      |           |
| 振<br>込<br>先   | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協 |       | 本店<br>支店<br>出張所   | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
|               | 口座番号  |                |       | フリガナ              |      |           |
|               |       |                |       | 口座名義人<br>(申請者と同じ) |      |           |

町記入欄

|     |                                                                                                                                                                                               |                                                          |               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
| 受付印 | 添付書類                                                                                                                                                                                          | 受診費用                                                     | 助成金額<br>(ア+イ) |
|     | <input type="checkbox"/> 領収書の写し<br><input type="checkbox"/> 母子手帳の写し（産婦健康診査結果）<br><input type="checkbox"/> 未使用の受診券<br><input type="checkbox"/> 振込先口座確認書類の写し<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | 1 回目：（ ）円<br>うち助成金額 …ア（ ）円<br>2 回目：（ ）円<br>うち助成金額 …イ（ ）円 | 円             |

裏面もご覧ください。

(裏面)

(申請方法)

産婦健康診査を受けた後に、申請書兼請求書に必要書類を添えて、  
課に提出してください。

なお、申請期限は、産婦健康診査を受けた日の属する年度の末日までとなっておりますのでご注意ください。

(記載上の注意)

太枠内をご記入ください。

(申請時に必要な添付書類)

①産婦健康診査を受けた医療機関等で発行された受診費用に係る領収書の写し

＊医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。

②産婦健康診査の結果が記載された母子健康手帳の写し

③未使用の受診券

④振込先口座及び口座名義人が分かる通帳等の写し

(備考)

助成金の額は、1回につき上限5,000円となります。受診費用の額が上限に満たないときは、受診費用の額が助成金の額となります。