

記入例

健康診査費助成申請書

年 月 日

【注意事項】

- 修正テープでの修正は禁止です。
- 修正については、下記の通りに処理してください。
 - 金額の訂正→修正不可のため、新しい申請書に書き直し。
 - 上記以外の修正→二重線と訂正印により訂正。

申請者名 氏 名

印

住 所 棚倉町大字

電話番号

忘れずに押印
ください

棚倉町妊産婦及び生後1ヶ月児健康診査規則に基づき受診しましたので、下記のとおり必要書類を添えて助成を申請します。

生後1ヶ月児健康診査の場合は
お子さんのお名前になります。

健康診査種別	妊婦健康診査	生後1ヶ月健康診査	生後1ヶ月児健康診査
受診者名	棚倉花子		生年月日 年 月 日
受診者住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)	棚倉町大字 棚倉 字 中居野68-1 (電話番号) 0247-33-7801		
保護者名 (生後1ヶ月児健診 申請者のみ記入)	棚倉太郎	母子健康 手帳番号	□△-△□
振 込 先	金融機関名	棚倉 銀行 信用金庫 農協 役場 本店 支店 支所	種 別 普通 当座
	ふりがな 口座名義人	たなぐら たろう 棚倉太郎	口座番号 123456
申請額	妊産婦健診 : 上限5,750円 生後1ヶ月児健診 : 上限5,000円		
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関からの領収書又は、保険診療受領書 母子健康手帳における1ヶ月児健康診査受領書 預金通帳(振込希望口座)の写し 来庁時に確認し、 記入してください。		

※ 領収書を提出できない場合

保 険 診 療 証 明 欄			
平成 年 月 診療分	健康診査受領金額	円 (保険適用分は、含まない)	
上記のとおり証明します。			
年 月 日	医療機関	所在地	
	名 称		
	氏 名		印

領収書を紛失された方は、医療機関にて
記入してもらい、提出ください。

交付決定額

円