

様式第1号（第8条関係）

七飯町産婦健診費用助成金交付申請書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住所

氏名

印

七飯町産婦健診実施要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する健康診査内容等の照会について同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	
電話番号		受診券番号	

受診券の種類	産婦健診に要した費用	償還払決定額 (七飯町記入欄)
	円	円
	円	円
申請額	円	円

振込先金融機関の名称および口座番号

※申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 本店・支店	普通 当座	フリガナ

※申請に必要なもの

- (1) 産婦健診に要した費用の支払いに係る医療機関の領収書
- (2) 受診結果を記入した産婦健診受診券
- (3) 各種保険証及び身分証明書等本人であることを確認できる書類の写し
- (4) 振込口座の通帳の写し
- (5) 印鑑