

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

度会町産婦健康診査費助成金交付申請書

（宛先）度会町長

申請者 住 所
氏 名
電 話 ㊟

度会町産婦健康診査費に係る助成金の交付を受けたいので、度会町産婦健康診査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。

健診受診日	申請額	交付決定額 (町記入欄)
年 月 日	円 ※	円
年 月 日	円 ※	円
合 計	円 ※	円

（振込先）

金融機関名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所	普通・当座		()
ゆうちょ銀行 店	普通・貯蓄		()

注) 振込先口座は、必ず申請者の口座を記載してください。

- 添付書類
- 1 母子健康手帳の写し
 - 2 健康診査結果票
 - 3 エジンバラ産後うつ病質問票の写し（産婦健康診査を受診した場合に限る）
 - 4 受診に係る領収書の写し
 - 5 その他町長が必要と認めるもの