

様式第1号（第5条関係）

坂戸市産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

助成金の交付を受けたいので、坂戸市産婦健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、私は、助成金の交付決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

出産年月日	年 月 日	
受診した 医療機関等	名 称	
	住 所	
	電 話 番 号	

項目	支払額	基準額	備考
産婦健康診査	円	5,000円	

注1 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 医療機関等で受診した結果等必要事項が記載された受診票等
- (2) 受診した医療機関等が発行した領収書の写しその他の産婦健康診査の受診に要した費用の額を確認することができる書類
- (3) 母子健康手帳のうち申請者の氏名及び受診内容が記載された部分の写し

注2 この申請書の提出は、産婦健康診査を受診した日から起算して1年以内に行ってください。