

甲府市長 様

〒
申請者 住 所
氏 名 印
電 話

甲府市産婦健康診査費助成金支給申請書

甲府市産婦健康診査事業実施要綱第13第1項の規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

母子健康手帳番号				
分 娩 日	年 月 日			
受 診 医 療 機 関 名				
産婦健康診査の受診日等	受診回数	健診受診日	自己負担額	申請額
	回目	年 月 日	円	円
	回目	年 月 日	円	円
助成金支給申請額	円 (受診 回分)			

	金融機関名	金融機関番号				支店名	支店番号			
指 定 口 座	銀行 金庫 組合 農協					支店				
	預金種目	口座番号				口座名義 (カタカナで記入してください)				
	1 普通 2 当座									

- (添付書類) 1 「医療機関等記入欄」がすべて記載された受診票、または健診結果がすべて記載された母子健康手帳の写し
2 医療機関等が発行した領収書または診療明細書の写し

領収書または診療明細書貼付欄

領収書または診療明細書のコピーを貼り付けて提出してください。