

日高市産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

下記のとおり産婦健康診査を受けましたので、日高市産婦健康診査助成事業実施規則第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、受診した医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

1 申請者

| | | | |
|-------|-------|----------|--|
| 郵便番号 | — | 電話番号 | |
| 現住所 | | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 出産年月日 | 年 月 日 | 母子健康手帳番号 | |

2 産婦健康診査

| | | | |
|------------|-------|-------|---|
| 受診医療機関等の名称 | | | |
| 所在地 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 受診年月日 | 年 月 日 | | |
| 自己負担額 | 円 | 助成限度額 | 円 |

※ 太枠内を記入してください。

注意事項

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - 受診した医療機関が発行した領収書及び明細書
 - 産婦健康診査助成券
 - 健診結果の写し（(2)に結果が記載されている場合は除く。）
- この申請書を提出する際には母子健康手帳をお持ちください。
- 助成金の交付の申請は、健康診査の日から6か月を経過するまでの間に行ってください。
- 助成金の額は、自己負担額と助成限度額とを比較して少ない額となります。