

様式第3号（第9条関係）

琴浦町産後健康診査費助成金請求書

琴浦町長 様

琴浦町産後健康診査事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり交付申請します。

産 婦 氏 名			
受診医療機関等の名称			
上記所在地又は住所			
健康診査受診年月日	年 月 日（産後第 週目）		
	年 月 日（産後第 週目）		
添付書類 ・医療機関等が発行する健康診査費の領収書の写し ・健診結果が記入された産後健康診査受診票 ・産後質問票（市町村送付用）			
産後健康診査費請求金額	円	(内訳) 1回目： 2回目：	
年 月 日			
請 求 者			
住 所 琴浦町大字			
氏 名 ㊟			

交付決定後は、助成金を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 店						
	金庫 所 組合						
預金種別	普通	(ふりがな)	()				
	当座	口座名義人					
口座番号							左詰で記入