

おおい町妊産婦・乳児健康診査助成金交付申請書兼請求書

おおい町長 様

申請者住所 おおい町

氏名 \_\_\_\_\_ 印

対象者氏名 \_\_\_\_\_  
(申請者との関係 \_\_\_\_\_)

おおい町妊産婦・乳児健康診査助成金について、おおい町妊産婦・乳児健康診査実施要綱第8条第2項の規定により下記のとおり領収書と健診結果を添えて申請・請求します。

記

1. 助成を受ける額 金 \_\_\_\_\_ 円

助成をうける健康診査 (※○をつけてください。)

子宮頸がん検診 初期血液検査 HTLV-1抗体検査 性器クラミジア検査  
妊婦健康診査 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭  
産婦健康診査 ①  
乳児健康診査 ① ② ③

2. 助成金の振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普・当・他 ( )	
口座名義人 (カタカナ)			

3. 添付書類

- ・領収書
- ・健診結果 (妊産婦・乳児健康診査受診券に準じる項目)

おおい町妊産婦・乳児健康診査助成金交付申請書兼請求書

おおい町長 様

申請者住所 おおい町

氏名 振込先と同じ方のお名前 印

今回申請する健診を受けた方のお名前

対象者氏名 (妊婦なら妊婦氏名、乳児なら乳児氏名、両方なら2人の氏名)

(申請者との関係 )

おおい町妊産婦・乳児健康診査助成金について、おおい町妊産婦・乳児健康診査実施要綱第8条第2項の規定により下記のとおり領収書と健診結果を添えて申請・請求します。

記

1. 助成を受ける額 金 記入不要です 円

助成をうける健康診査 (※○をつけてください。)

- |   |         |                             |            |                                 |
|---|---------|-----------------------------|------------|---------------------------------|
| { | 子宮頸がん検診 | 初期血液検査                      | HTLV-1抗体検査 | 性器クラミジア検査                       |
|   | 妊婦健康診査  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ |            |                                 |
|   | 産婦健康診査  | ①                           |            | 健診結果のわかる書類で対象となる健診を確認の上、○をつけます。 |
|   | 乳児健康診査  | ① ② ③                       |            | 申請の際に職員と一緒にご記入ください。             |

2. 助成金の振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普・当・他 ( )	
口座名義人 (カタカナ)			

申請者と異なる口座への振込を希望する場合は、委任状が必要になります

3. 添付書類

- ・領収書
- ・健診結果 (妊産婦・乳児健康診査受診券に準じる項目)
- ・通帳またはキャッシュカードの写し