

雲仙市産婦健康診査費用償還払交付申請書

令和 年 月 日

雲仙市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(受診者との関係：)

電話 - -

産婦健康診査費用の償還払を受けたいので、雲仙市産婦健康診査事業実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1. 産婦健康診査の内容

受診者	(ふりがな)		生年		
	氏名		月日		年 月 日生
	住所				
	交付番号	年度 No.			
受診票	受診年月日	医療機関名	支払金額	助成限度額	申請額
第1回目	年 月 日		円	5,000円	円
第2回目	年 月 日		円	5,000円	円
合 計					円

※申請額は、産婦健康診査に要した費用と助成限度額のうち、いずれか少ない方の金額

振込先	銀行 金庫 組合	本店 支店	普通・当座 その他 ()	口座 番号	フリガナ 名義人
-----	----------------	----------	------------------	----------	-------------

2. 添付書類

- 医療機関発行の領収書の原本（産婦健康診査の内容が分かるもの）
- 雲仙市産婦健康診査事業実施報告書（様式第1号）
- 上記のほか、市長が必要と認める書類

<同意欄>

市長が、本申請の審査に際し、私の住民基本台帳の記載事項等を確認することに同意します。

署名 _____

※処理欄 記入しないでください。	確認者	確認年月日 令和 年 月 日
		償還払交付決定額 金 円