

滝沢市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

滝沢市産婦一般健康診査費助成申請書

滝沢市産婦一般健康診査費助成金の交付を受けたいので、滝沢市産婦一般健康診査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、助成の適正を判断するために必要な場合は、本申請に係る市が保有する情報を確認すること及びその情報を医療機関に提供をすること並びに市が医療機関に対する診査内容の照会を行うことについて同意します。

交付申請額		円		
受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
申請の理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受診年月日	年 月 日			
自己負担額	円			
受診医療機関	名称			
	所在地	電話 ()		

添付書類

- 産婦一般健康診査の受診日及び方法並びに結果の記録が記載されている箇所の母子健康手帳の写し
- 医療機関等の発行した産婦一般健康診査費に係る領収書等の写し
- 未使用の受診票
- その他市長が必要と認める書類