

上島町母子一般健康診査費用助成申請書

年 月 日

上島町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

電話 (_____) _____ - _____

次のとおり委託医療機関以外で受診しましたので、関係書類を添えて、上島町母子一般健康診査費用の助成申請をします。なお、本申請に係る審査のため、住民基本台帳等の閲覧について承諾します。

委託医療機関以外 で受診する理由			
受診医療機関名		出 産 日	年 月 日

助成対象健診		健診受診日	助成申請額
A 券	受診票第1回	月 日	円
	受診票第2回	月 日	円
	受診票第3回	月 日	円
	受診票第4回	月 日	円
	受診票第5回	月 日	円
B 券	受診票第1回	月 日	円
	受診票第2回	月 日	円
	受診票第3回	月 日	円
	受診票第4回	月 日	円
	受診票第5回	月 日	円
	受診票第6回	月 日	円
	受診票第7回	月 日	円
	受診票第8回	月 日	円
	受診票第9回	月 日	円
産 婦	受診票 2週間前後	月 日	円
	受診票 1か月前後	月 日	円
多 胎	1回	月 日	円
	2回	月 日	円
	3回	月 日	円
	4回	月 日	円
	5回	月 日	円
1か月児健診		月 日	円
合 計			円

（注）助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とする。ただし、健診実施日の属する年度の愛媛県医師会との委託契約に定める額を上限とする。

町担当者確認欄： (添付書類) 領収書 受診票 母子手帳（写し）

上島町母子一般健康診査費用助成請求書

年 月 日

上島町長 様

住所 _____
氏名 _____
電話 () - _____

下記のとおり助成金の請求をいたします。

記

請求金額	円
------	---

金融機関名	銀行	本店
	金庫	支店／支所
	農協	出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
フリガナ 口座名義人		