

別記様式第4号（第8条関係）

美濃市産婦健康診査助成金償還払交付申請書

年 月 日

美濃市長 様

住 所
申請者 氏 名
(産婦) 電話番号 印

美濃市産婦健康診査助成金の交付について次のとおり申請します。

産婦健診を受診した者の氏名		母子健 康手帳	発行市町村	
生 年 月 日	年 月 日		交付日	
出 産 日	年 月 日			
産婦健診を受けた医療機関等の名称				
上記医療機関等の所在地又は住所				
受 診 日	年 月 日			
(添付書類)				
1. 自己負担により医療機関等へ支払った産婦健康診査費用の領収書				
2. 産婦健康診査の検査結果が分かるもの				
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協	支店名	本店 支店 支所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

備考

- この申請により取得した個人情報については、美濃市個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。
- 口座名義人は、必ず申請者（産婦）本人にしてください。

(注) 次の欄は、市が記入します。

交付決定額	円
-------	---