

朝日町産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

朝 日 町 長 様

申請者（受診者）

住 所 朝日町

氏 名

電 話

朝日町産婦健康診査費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、産婦健康診査に係る助成金の交付
を下記のとおり申請します。

記

	受 診 年 月 日	健康診査費用	* 助 成 金
産後 2 週間健康診査	年 月 日		
産後 1 か月健康診査	年 月 日		
助成金の合計			

振 込 先	金融機関名	銀行 本店		
		金庫 支店		
		農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			

1. 太枠の中をご記入してください。
2. 助成の対象となる産婦健康診査は、産後 2 週間、1 か月の当該健康診査です。
3. 助成金の交付申請は、健診が終了した後に申請をすること。
4. 助成金の交付申請は、受診日の翌日から 1 年以内に申請書を提出すること。
5. 助成金の額は、朝日町産婦健康診査費助成事業実施要綱第 4 条に規定する額とする。
6. 添付書類
 - ア. 産婦（産後 2 週間・1 か月）健康診査受診票
 - イ. 産婦（産後 2 週間・1 か月）健康診査費用の領収書