

泉大津市長様

年 月 日

申請者 住 所 泉大津市

氏 名 (印)

電話番号

泉大津市産婦健康診査助成金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ妊婦・産婦健康診査助成金の交付を申請(請求)します。

産婦氏名		生年月日	年	月	日
産婦の住所	泉大津市				
電話番号		出産日	年	月	日

受診機関名称	
受診機関所在地	
受診機関電話番号	

	受診票通し番号	受診日	領収書10割負担分 記載金額	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないでください)
1	回目分	年 月 日	円	円
2	回目分	年 月 日	円	円

※領収書記載金額は、医療保険適用分を除いた、健診料(10割負担分)の額をお書きください。投薬料など治療費は対象外です。
※助成金額は、以下の通りです。

受診日	助成金額
令和3年4月以降	受診票は1枚あたり5,000円が上限。

(添付書類)

1. 泉大津市産婦健康診査受診票(切り離し無効)
2. 当該受診機関発行の領収証書(原本)
3. 母子健康手帳 該当ページの写し

振込希望 金融機関	銀行・信金 農協 (支店)	口座種別	普通 当座
		口座番号	
		口座名義(カタカナ)	

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行に振込希望で支店名がわからない場合は記号番号もお書きください。

※泉大津市処理欄

申請番号	年度	交付・不交付決定年月日	交付金額	受付者
NO.		年 月 日	円	_____