



河内長野市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 河内長野市長

下記のとおり産婦健康診査費用助成金を申請の上請求します。なお、請求内容等に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還することを承諾します。また、請求の適否を判断するために必要な場合は、河内長野市が健康診査実施医療機関、助産所並びに医師会等に対し、本請求に係る情報の照会及び提供並びに検査の内容等の照会をすることに同意します。

(申請者は、太枠の中を記入してください)

申請兼請求者	住所	〒 ー			
	氏名				
	受診者との続柄		電話		
振込先金融機関		銀行 信用金庫 農協		本店 支店	
	預金種目	普通・当座		口座番号	
	口座名義人	(カタカナで記入)			

河内長野市から受ける助成金は、上記の預金口座へ振込みの方法によりお支払いください。また、申請者兼請求者と口座名義が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって河内長野市からの助成金の受領と認めます。

健康診査の種類		産婦健康診査
受診者 (産婦)	住所	河内長野市
	※転出者は 受診時の住所	
	フリガナ	
	氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	

助成申請・請求額 \_\_\_\_\_ 円 (※)

※助成金の額については、受診した産婦健康診査受診券の枚数分、上限金額に応じて助成します。支払った費用が産婦健康診査受診券の上限金額を下回る場合は、その金額が助成金額となります。

※裏面の《医療機関記入欄》を、産婦健診を受けた医療機関に記入してもらってください。

◀医療機関記入欄▶ 別紙のご案内を参照の上、ご記入ください。

下記の者について、産婦健康診査を実施し、これに係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

所在地 千

医療機関名

代表者名

印

TEL

フリガナ	
受診者氏名	
受診者生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日

受診日	領収額
年 月 日	円
年 月 日	円
合計	円

※内容に訂正がある場合は、訂正印として医療機関の印鑑を捺印してください。