

様式第1号（第7条関係）

宮代町産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

宛先) 宮代町長

住 所 宮代町
氏 名
電話番号

宮代町産婦健康診査費助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成金の申請をします。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、産婦健康診査を実施した当該医療機関に対し、町が問い合わせることに同意します。

産 婦	氏 名		生年 月日	年 月 日
	住 所	宮代町		
	連絡先	※連絡のつきやすい番号の記載をお願いします。		
実施医療機関等	名 称			
	住 所			
	電話番号			
出産日	年 月 日			
健診実施日	年 月 日（産後 か月 日）			
基準額	5,000円			
助成申請額	円			

【申請時添付書類】

- 産婦健康診査の実施日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）又は産婦健康診査の結果を確認することができる書類
- 産婦健康診査を実施した医療機関等が発行した産婦健康診査の費用を確認することができる書類