

土浦市産婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

ふりがな 産婦の氏名		生年 月日		S・H 年 月 日					
住所		土浦市							
健診を受けた日		第1回（産後2週間頃） 年 月 日			第2回（産後1か月頃） 年 月 日				
健診料金		第1回 円			第2回 円				
請求額		第1回 円			第2回 円				
		※1回当たり上限5,000円。上限に満たないときは、健診料金の額							
請求額の合計		円							
振込先金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		店名	本店・支店 出張所				
	預金種目	普通	当座	口座 番号					
	口座名義	フリガナ							
<p>上記のとおり、産婦健康診査費助成金の交付申請及び請求をします。 なお、申請の内容について、市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p>(申請先) 土浦市長 産婦との続柄 ()</p>									

- 添付書類
- 1 産婦健康診査の領収書（産婦健診の費用が明記されているものに限る。）
 - 2 産婦健康診査受診票又は受診結果が記載されたもの
- ※ 1又は2の書類を添付できないときは、「産婦健康診査の結果及び健診料金に関する調査書」を添付してください。