

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											
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。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____ （申請先）土浦市長 産婦との続柄（ ）													

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。

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		第2回	
請求額		第1回		第2回	
		円		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		請求額合計は記入しないで下さい。			
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			
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、申請に同意します。 日付は記入しないで下さい。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話番号 _____ (申請先) 土浦市長 産婦との続柄 ()					

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。