

高森町産婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

高森町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(住宅名・部屋番号 \_\_\_\_\_)  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

高森町産婦健康診査事業実施要綱第7条第2項の規定により、次のとおり申請します。  
なお、本申請の審査に当たり、高森町が公簿等の必要な書類を確認することに同意します。

1 産婦健康診査受診状況及び助成申請額

回数	受診日	受診に要した費用	助成申請額( )
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円
合計金額			円

助成申請額は、受診に要した費用又は助成上限額(1回につき5,000円)のいずれか低い額を記入してください。

2 産婦健康診査実施医療機関等

名称	
所在地	

3 振込口座

金融機関名		支店名	
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			

(添付書類)

- 高森町産婦健康診査受診票
- 医療機関が発行した健診費用が確認可能な領収書
- 振込口座を確認できる書類の写し