

第2号様式（第9条関係）

鎌ヶ谷市産婦健康診査費用助成金申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

鎌ヶ谷市産婦健康診査事業実施要綱第9条の規定により以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ
-----	------

受診者	フリガナ			
	氏名			
	現住所	〒		
	※すでに転出している方のみ 鎌ヶ谷市在住時の住所	鎌ヶ谷市		
	生年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	
	電話番号			

健診機関名	所在地	電話番号

※委託健診機関以外の健診（医療）機関に限る

産婦健康診査実施状況

助成対象となる 健診受診年月日	自己負担額	決定助成金額
2週間 年 月 日	円	円
1か月 年 月 日	円	円

振込先	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ 名義人		

鎌ヶ谷市産婦健康診査費用助成金申請において、自己負担額に訂正があった際には、金額の訂正を市に一任します。又、申請者と振込先口座名義人が異なる場合、振込先口座への振込を了承します。

申請者名

添付書類

- 1 産婦健康診査受診票
- 2 医療機関の発行する領収書
- 3 通帳等口座番号が確認できるもの（写）
- 4 申請者の本人確認書類