

第3号様式（第10条第2項）

香取市産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

香取市長 様

住所
申請者 氏名
電話番号

香取市産婦健康診査事業実施要綱第10条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請理由	1 市と委託契約を締結していない医療機関等で産婦健康診査を受診 2 その他（ ）												
受診者	フリガナ				生年月日		年 月 日						
	氏 名												
	住 所		香取市										
受診状況	受診年月日		第1回： 年 月 日				第2回： 年 月 日						
	医療機関等名												
	産婦健康診査 費用額		円		助成金算定額 (1回につき 上限 5,000 円)		円						
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協				本店 支店							
		種目	普通（総合）・当座		口座番号								
	口座名義人	フリガナ											
		氏 名											

※添付書類

- ☐ 産婦健康診査の結果が記載された受診票
- ☐ 産婦健康診査の受診に係る委託外医療機関（市と委託契約を締結していない医療機関等）の領収書及び明細書
- ☐ 振込先金融機関等の預金通帳等の写し
- ☐ その他市長が必要と認めるもの

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。