

様式第2号（第9条関係）山梨市委託外産婦健康診査受診費助成金交付申請書

山梨市長

申請日 年 月 日

住 所：山梨市

氏 名：

電 話：

産婦健康診査を受診したので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

受診者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 ー 山梨市 電話 ー ー
出産日	年 月 日 母子健康手帳番号 ()
産婦健診受診日	① 年 月 日 ② 年 月 日
受診機関名	住所 医療機関・健診機関名 電話
申請金額	円

※助成限度額は産婦健康診査費用の実額とし、1回につき5,000円を上限とし、1人2回までとする。

《振込指定口座》

金融機関名	() 銀行 () 支店 () 信用金庫・信用組合 () 支店 JAフルーツ山梨 () 支所 ゆうちょ銀行(記号 ー) 中央労働金庫 () 支店	
口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人(カタカナ)		

《承諾欄》

私は、山梨市が産婦健康診査費用助成申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。		
年 月 日	申請者	住所 山梨市 氏名

《注意》 口座は受診者本人の名義で申請してください。

《必要添付書類》 1) 領収書 2) 産婦健康診査受診票（医療機関等で結果が記入されているもの）

申請期限：産婦健診受診日から原則として2か月以内に申請をしてください。