

(あて先) 大台町長 様

住 所 大台町

申請者 氏 名

電話番号

大台町産婦健康診査費補助金交付申請書兼請求書

大台町産婦健康診査費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。  
 また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、大台町が住所、受診状況等について関係機関に照会し取得すること、及び関係機関が大台町からの照会に対し回答し報告することに同意します。

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 請求内訳

受診区分	受診日	医療機関名	診査費用 ア	交付限度額 (※) イ	申請額 アとイのいずれか少 ない方
1回目			円	5,000円	円
2回目			円	5,000円	円

※交付限度額は、受診日に町が委託医療機関等に委託する契約単価と同額になります。

3 振込先 (原則として、申請者の口座を指定してください。)

振込先	銀行 信用金庫 農 協	店名	本店 支店 出張所
種別	普通・総合・当座	口座番号 ※右づめで記入	
	フリガナ		
	口座名義人		

関係書類 産婦健康診査結果票  
 受診料に係る領収書