

佐賀市産婦健康診査受診費助成金交付申請書

年 月 日

佐賀市長 様

下記の者を代理人として申請を委任します。

申請者(産婦本人) 〒 住所 佐賀市 ふりがな 氏 名 (印) 電 話 () -

代理人 住所 佐賀市 ふりがな 氏 名 (印) 電 話 () - 申請者との続柄 ()

里帰り出産等のため(助産所・委託外医療機関)で産婦健康診査を受診し、費用を負担したため、佐賀市産婦健康診査実施要綱第12条の規定に基づき、必要書類を添え助成金の交付を申請します。
この申請内容について、公簿との照合及び申請者本人、医療機関等へ確認することに同意します。

産婦氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
受診医療機関名		
受診医療機関住所		
受診内容 受診年月日	産婦健康診査受診票(受診券)	年 月 日

添付書類

- ① 受診費用を証明する書類(受診機関、受診日、保険適用の有無が明記された領収書)
- ② 産婦健康診査受診状況が確認できるもの(母子手帳)

- * 申請期間 産婦健康診査受診日から1年間です。
- * 申請代理人は、住民基本台帳に同一世帯で記載されている者とします。窓口に来られた方の本人確認を行いますので、本人確認書類(運転免許証等)を必ずお持ちください。

助成金計算書(この欄は記入しないでください。)

受診票	支払金額 (a)	市委託金額 (b)	決定額 (a)(b)各々のいずれか少ない方の金額
産婦 × 1枚	円	5,000円	円