

江差町委託医療機関外等の母子健康診査費用助成申請書
(産後健康診査費用)

年 月 日

江差町長 様

申請者 氏名 印

住所 江差町字

産後健康診査等に係る費用について、道外医療機関・助産所で受診したので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

受診者	氏名				生年月日	平成 令和 昭和 年 月 日	
	住所				電話番号		
受診医療機関	名称				電話番号		
	所在地						
	受診票	健診受診日	道内基準額	申請額	決定額		
産婦健康診査	1回目	年 月 日 円		円	円		
	2回目	年 月 日 円		円	円		
	1ヵ月児健診	年 月 日 円		円	円		
		合計額	円	円	円		
※産婦健診費用の助成上限額は、道外で受診した回数分の道内基準額の合計とする。							
支払い方法	・口座振込	銀行名	銀行・信用金庫			本店・支店	
		預金項目	普通・当座	口座番号			
		フリガナ					
	口座名義						
		・直接払い					