

様式第1号（第5条関係）

岡谷市産婦健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岡谷市長 様

<申請者> 住 所 〒

岡谷市

氏 名

連絡先

次のとおり、産婦健康診査を受診しましたので、岡谷市産婦健康診査県外受診補助金交付要綱第5条の規定に基づき、補助金の交付申請及び請求をします。

補助金の申請額（請求額）					円
受診者の生年月日		年 月 日			
出 産 日		年 月 日			
医療機関等名		住 所 名 称 連絡先			
受 診 状 況	受 診 日		県外医療機関等 への支払額(A)	補助金の限度額 (B)	補助金の申請額 (C)
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	合 計 ((C) の合計額を記入)				円
振込先 金融機関	(金融機関)		店 番 号		
			口座番号	普・当	
	(本・支店名)		(フリガナ) 口座名義人		

備考

- 1 (C) は、(A) と (B) のいずれか少ない額とする。
- 2 県外医療機関等の領収書及び市が交付した未使用の産婦健康診査結果票を添付してください。