

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

☆ ○で囲んだ欄をご記入下さい。

自署

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）		空欄にしてください。		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			
	(本・支店名)	口座番号	普・当		
		(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

2 県外医療機関等の領収書及び市が交付した未

ご本人様名義の

銀行口座を記入してください。

※ご本人様以外の口座の場合、以下のように同意のサインを記入してください。

例) 上記の者へ振り込むことを希望します。

岡谷 花子 印