

様式第 1 号（第 6 条関係）

越生町産後健診推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）越生町長

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)

越生町産後健診推進事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて、助成金の交付を次のとおり申請及び請求します。

産婦氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
産 後 健 診 実施医療機関			
請 求 金 額	円 ※初回検査料（上限 5, 0 0 0 円）		
振込先金融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協		
預 金 種 類	普通・当座		
フリガナ		支店・店	
口座名義人			

※添付書類

- ①産後健診に係る領収書の写し
- ②母子健康手帳の写し等（産後健診の結果が確認できるもの）