

別記第1号様式（第4条関係）

産婦健康診査事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）柳井市長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

柳井市産婦健康診査事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。なお、この申請内容について、柳井市が住民基本台帳等の閲覧及び医療機関等への確認をすることに同意します。

産婦氏名		出産年月日	年 月 日	
受診医療機関	名 称			
	住 所			
受診内容	受 診 日	検診費用 a	基準額 b	交付申請額 (a と b の少ない額)
産後2週間頃	年 月 日	円	3,760円	円
産後1か月頃	年 月 日	円	3,760円	円
合 計				円

【添付書類】

1. 産婦健康診査受診票（受診医療機関が受診結果を記入したもの）
2. 領収書（別記第2号様式又は氏名、受診日、健診費用、医療機関名がわかるもの）