

年 月 日

箱根町長 様

申請者氏名 ⑩  
 ※代理人の場合（産婦との続柄： ）

住所 箱根町

電話番号

箱根町産婦健康診査費用助成金交付申請書

箱根町産婦健康診査費用助成要綱の第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請をします。

この助成金交付要件確認等のため、町の職員が産婦健康診査内容を医療機関等に照会することに同意します。

受診者	ふりがな 産婦氏名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 箱根町 電話番号：		
	母子健康 手帳番号		出産日	年 月 日
実施機関	施設名称			
	所在地	都 道 府 県	市 区 町 村	

助成申請を行う産婦健診の内容

受診回数	受診日	助成券使用				自己負担した額
第1回目	年 月 日	3,000円	済・未	5,000円	済・未	円
第2回目	年 月 日	3,000円	済・未	5,000円	済・未	円

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店 支店・出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座		ふりがな 口座名義
	口座番号			

<添付書類>

- ・ 医療機関や助産所が発行した産婦健康診査の領収書
- ・ 産婦健康診査結果がわかるもの（母子健康手帳の写し等）
- ・ 未使用の産婦健康診査費用助成券（未使用の助成券がある場合のみ）
- ・ 未使用の心の健康質問票（未使用の質問票がある場合のみ）