

様式第2号（第8条関係）

産婦健康診査助成金交付申請書

京丹後市産婦健康診査実施要綱第8条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請
します。

年 月 日

京丹後市長 様

申請者住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

産婦の氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
連絡先			
産婦健康診査の受診日	年 月 日	（出産日	年 月 日）
	健康保険証	助成金の振込先（本人名義）	
保険証の 種類 *○で囲んで ください。	国民健康保険 健康保険 船員保険 共済組合 その他	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信漁連
記号・番号		預金種別	普通 ・ 当座
保険者名		口座番号	
		フリガナ	
		口座名義	

(注意)

産婦健康診査に要した費用がわかる医療機関発行の領収書と産婦健康診査受診券を添
付し、出産日から1年以内に申請してください。