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

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） | | | | |
| 加入医療保険 | | 助成金の振込先（本人名義） | | | |
| 加入医療保険の種類  ＊○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 | |
| 本店  　　　　　　　　　　支店 | |
| 記号及び番号 |  | 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。