

記入例

第1号様式（第5条関係）

令和〇年〇月〇日

箱根町長様

申請者氏名 **箱根 一郎** 印

※代理人の場合（産婦との続柄：夫）

住所 **湯本256 〇〇マンション201号室**

電話番号 **090-0000-0000**

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、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	はこね はなこ 箱根 花子	生年月日	平成 〇〇 年 〇月 〇日
	住所	〒 箱根町	電話番号： 080-0000-0000	
	母子健康 手帳番号	31箱0123	出産日	令和 〇年 〇月 〇日
実施機関	施設名称	〇〇〇病院		
	所在地	〇〇 都道府県 〇〇〇 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	RO年 〇月 〇日	3,000円	済・未	5,000円	済・未	2,150 円
第2回目	RO年 △月 △日	3,000円	済・未	5,000円	済・未	1,000 円

振込先	金融機関名	〇〇 銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店 〇〇〇 支店・出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座	ふりがな はこね いちろう
	口座番号	1234000	口座名義

<添付書類>

※申請者名義の口座

- 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）