

第1号様式 (第4条関係)

四日市市県外医療機関等受診費用補助金申請書兼請求書
(産婦健康診査用)

年 月 日

四日市市長

申請者 住所
(受診者)

氏名 ①

(生年月日 S・H 年 月 日)
電話番号

次のとおり四日市市県外医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

産婦健康診査 受診日	受診した医療機関に 支払った額	交付を受けようとする 補助金の申請額	※ 補助金交付決定額 (記入しないでください)
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合 計	円	円	円
振込先 (金融機関名)		口座番号	口座名義人 (フリガナ)
銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	当座 ・ 普通	()
ゆうちょ銀行	店	記号..... 番号.....	()

- (注) 1. 太枠のみに記入してください。申請には、受診医療機関発行の領収書 (コピー不可)、産婦健康診査受診票 (①医師の署名、押印があるもの、②すべての項目に結果を記載済みのもの、コピー不可) を必ずご持参ください。
2. 振込先は申請者(受診者)の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。

窓口 こども未来部 こども保健福祉課
電話 059-354-8187