

様式第1号（第6条関係）

横瀬町産後健診推進事業助成金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住 所
氏 名 ④
電話番号

横瀬町産後健診推進事業助成金の交付を受けたいので、横瀬町産後健診推進事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有個人情報を利用し、又は産後健診を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

産 婦	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
産後健診を受けた日		年 月 日		
医療機関等の名称				
産後健診費用の額		円		
交付を受けようとする助成金の申請額		円 ※ 上限5,000円		

注) 申請書には次の書類を添付してください。

- (1) 産後健診を受けた医療機関等が発行した産後健診の費用を支払ったことを証する書類
- (2) 産後健診を受けた日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し又は産後健診の結果を確認することができる書類