

第2号様式（第10条関係）

綾瀬市産婦健康診査助成申請書

年 月 日

（宛先）

綾 瀬 市 長

住 所 綾瀬市

申請者 氏 名

電話番号 ( )

綾瀬市産婦健康診査事業実施要綱第10条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について、医療機関に確認することに同意します。

対象者氏名	ふりがな						
	氏 名	生年月日		年	月	日生	
	住 所	綾瀬市					
補助券番号				分娩日			
申請理由	1 委託外医療機関・助産院で受診したため。 理由：□里帰り □その他 ( ) 2 産婦健康診査費用が補助券記載金額未満であったため。 3 その他 [ ]						
医療機関名		所在地					
		電話番号 ( )					
補助券種類	受診日	受診費用	※助成金額	補助券種類	受診日	受診費用	※助成金額
産後2週間				産後1か月			
受診費用合計額				円			
助成金申請額				円			

（綾瀬市記載欄）

上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。また、決裁後は第3号様式に基づき対象者に通知してよいでしょうか。

決定区分	□交付する（決定金額 円）	決 済 欄		
	□交付しない（理由 ）			
備 考	起案	・	・	公印
	決裁	・	・	