

第2号様式（第9条関係）

大磯町産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 _____

大磯町産婦健康診査の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			母子健康手帳No.
	氏名	生年月日 年 月 日		
	住所			
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 ☐ 神奈川県産科婦人科医会に加入していない医療機関又は助産所で受診したため ☐ 産婦健康診査費用が、補助券に記載の金額未満であったため ☐ その他（ ）			
申請する産婦健康診査の受診日とその費用				
補助券の種類		助成上限額	受診日	費用
産後2週間健診		円	年 月 日	円
産後1ヶ月健診		円	年 月 日	円
助成金申請額				円
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、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。 氏 名 _____			

(以下は記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号		
大磯町への住民登録日	年 月 日	申請の産婦健康診査受診日に大磯町に住所を有している。		