

様式第2号（第10条関係）

糸島市産婦健康診査費用助成金償還払申請書兼請求書

糸島市長 様

私は、糸島市産婦健康診査費用助成事業実施要綱10条に基づき、助成金の交付を申請兼請求します。なお、この申請兼請求に基づく助成金の交付の審査にあたり必要な場合には、受診した医療機関に受診内容その他必要な事項を問い合わせることに同意します。

申請日	年 月 日
-----	-------

1. 申請者（産婦健康診査対象者）

フリガナ	電話番号（日中に連絡可能なもの）	生年月日
氏名		年 月 日
現住所		

2. 助成額・産婦健康診査受診日

1回目 産後2週間前後	産婦健康診査受診日	健診費用（実費）	助成金上限額	助成額 （健診費用実費と助成金上限額の いずれか低い額）
	年 月 日	円	5,000円	円
2回目 産後1か月前後	産婦健康診査受診日	健診費用（実費）	助成金上限額	助成額 （健診費用実費と助成金上限額の いずれか低い額）
	年 月 日	円	5,000円	円
助成額合計・請求額				円

※産婦健康診査対象者：受診日において、市内に住民登録を有する者及び産後8週未満の者。
 ※申請期限は、産婦健康診査を受診した日から起算して1年以内。

上記、助成額合計のとおり、請求いたします。

3. 振込先口座

金融機関名		支店名	
銀行 農協		本店 支店	
種別	口座番号（数字は右つめ）	口座名義	
		フリガナ	
1.普通 2.当座 3.貯蓄 4.その他			

※申請者以外の口座に振り込みを希望する場合は、以下を記入してください。

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、糸島市から受ける助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）氏名 _____（署名または記名押印）

（市使用欄）確認書類	
<input type="checkbox"/> 本人確認（ ・マイナンバーカード ・運転免許証 ・健康保険証 ・その他： _____ ）	
<input type="checkbox"/> 産婦健康診査領収書等写し	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳写し
<input type="checkbox"/> 産婦健康診査助成券（請求用）	<input type="checkbox"/> 振込口座写し

（裏面へ続く）

※ 申請者本人の確認書類（コピー）をここに貼り付けてください。

顔写真付き 1 点：運転免許証、マイナンバーカード（通知カードは不可）、パスポート
顔写真なし 2 点：健康保険証、母子健康手帳（保護者の氏名・住所記入欄及び出生届出済
み証明のページ）住民票の写し、年金手帳など

※ 振込口座の確認書類（コピー）をここに貼り付けてください。

（通帳の、「金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人（カナ）」が
分かる部分）

※ 産婦健康診査費用の分かる領収書等（コピー）をここに貼り付けてください。

※ 明細書がある場合は、そちらも添付してください。