

山口市産後ママの健康診査費用助成申請書

山口市長

下記健診場所において、産後ママの健康診査を受診し費用の負担をしましたので、山口市産後ママの健康診査費用助成金交付要綱第3条の規定により、受診票及び要した費用の領収書を添えて助成金の交付の申請をします。
この申請内容において、住民基本台帳等の閲覧及び医療機関等へ受診等の確認をすることに同意します。

※太枠内をご記入ください

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

申請者(産後ママの健康診査を受診した人)			
住所	〒		
(ふりがな)	()		
氏名	(※)		
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください			
電話番号		生年月日	年 月 日

健診場所	名称		電話番号	
	所在地			

	受診日	支払い金額	健康診査費用相当額	山口市健康診査費用額	助成額
産後2週間健診	年 月 日				
産後1か月健診	年 月 日				
合 計					

※助成額の決定方法 … 健康診査費用相当額と山口市健康診査費用額を比べ少額の方を助成額とします。

振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫・()		本店 支店(支所) 出張所
	預金種別	普通・当座	(ふりがな)	()
	口座番号	口座名義人		

申請者以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください

委任状	
私は、この申請に関わる助成金受け取りの権限を次の者に委任します。	
住所	住所
受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者) (※)
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください