

様式第 2 号 (第 11 条関係)

(申請日) 年 月 日

津野町長 様

産婦の住所 津野町

産婦の氏名

電話 番号

県外の医療機関 (委託外医療機関) における産婦健康診査費に係る給付費申請書

県外の医療機関 (委託外医療機関) における産婦健康診査費に係る、津野町産婦健康診査事業実施要綱第 11 条第 3 項の規定に基づき、下記の通り給付を申請します。

記

1 産婦健康診査

2 申請金額 金 _____ 円

3 添付書類

- (1) 産婦健康診査受診票 (エジンバラ産後うつ病質問票などの結果が記載されたもの)
- (2) 産婦健康診査に係る領収書の原本 (領収印があるもの)
- (3) 母子手帳 (受診医療機関による出産後の母体の経過がわかる健診・検査の記録の写しでも可)

4 振込先

ふりがな							
口座の名義							
金融機関名	銀行		支店				
	信金						
	農協		支所				
口座の種類及び番号	普通・当座						

※口座番号は右詰めでご記入ください。