様式第７号(第１０条関係)

年　　月　　日

美浜町産後医療相談助成金交付申請書兼請求書

　美浜町長　様

申請者住所　美浜町

氏名

　美浜町産後医療相談助成金の交付を受けたいので、領収書及び必要書類を添えて、次のとおり申請・請求します。

１　申請・請求額　　　　　金額　　　　　　　　　　　円

２　助成を受ける内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事業名 | 回数 | 受診日 | 自己負担額 | 助成額 |
|  |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |
|  |  | 年　　月　　日 | 円 | 円 |

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

【添付書類】

・領収書及び明細書（原則原本を提出すること。）

・母子手帳の写し

・健診結果(産後医療相談受診券又はこれに準ずる項目内容)