

別記様式（第5条関係）

三島市指定外医療機関等における産婦健康診査補助金交付申請書

年 月 日

三島市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

三島市指定外医療機関等における産婦健康診査補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交 付 申 請 額 円
(申請額の内訳) 初 回 円 (上限 5,000 円)
第2回 円 (上限 5,000 円)

2 産婦健康診査を受けた医療機関等 名 称
所在地

(注)

- 1 交付申請額は、申請額の内訳の合計額を記入してください。
- 2 申請額の内訳には、補助の対象となる産婦健康診査を受けた回ごとに、その支払額（支払額が5,000円を超えるときは、5,000円）を記入してください。
- 3 次の書類を添付してください。
 - (1) 母子健康手帳
 - (2) 産婦健康診査に要した費用の領収書
 - (3) 産婦健康診査受診票

三島市 記入欄	受診票	産婦健康診査領収書	産婦健康診査記録確認（母子健康手帳）