妊婦子宮頸がん検診助成金交付申請（請求）書

令和　　　年　　　月　　　日

有　田　町　長　様

申請者　住所　有田町

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　）

　有田町妊婦子宮頸がん検診助成事業実施要綱の規定により下記のとおり請求します。

記

助成金請求額　　金　　　　　　　　　　　円

助成金の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 口　座　番　号 |  |
| 支　店　名 |  |  |
| 口　座　種　類 | 普通　・　当座 | （　ふりがな　） |  |
| 口　座　名　義　人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療　機　関　証　明　欄 | |
| 子宮頸がん検診実施日 | 令和\*++++++\*\*\*\*\*　　　年　　　月　　　日 |
| 検診自己負担金額 | 円 |
| 上記のとおり、妊婦子宮頸がん検診を実施したことを証明いたします。  医療機関名　　住所  名称  代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

※子宮頸がん検診自己負担金であることの記入と押印がある領収書の添付がある場合には、証明は必要ありません。