

様式第3号（第8条関係）

委託外医療機関等受診助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

有 田 町 長 様

申請者及び請求者 住所
氏名 ④
電話番号（ ）

下記の委託外医療機関等において（妊婦・乳幼児）健康診査を受診したので、有田町妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱の規定により、必要書類を添えて、その費用の助成を下記のとおり申請及び請求をします。

記

申 請 額 _____円

委託外医療機関等に支払った額 _____円

受診した医療機関等

住 所 _____

医療機関名又は助産所名 _____

助成金の振込先

金融機関名	
口座種別	
口座名義人（ふりがな）	
口座番号	

添付書類

- ・ 健康診査受診票（担当医師等の記名押印があるもの）
- ・ 領収書（実施した委託外医療機関等が発行した明細がわかるもの）