様式第１号(第９条関係)

申請年月日　　　年　　　月　　　日

　佐渡市長　　　　様

申請者　住所

氏名

電話番号(　　　　　　　　　)

助成金交付申請書

　下記の医療機関において(妊産婦・乳幼児)健康診査を受診したので、佐渡市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第９条第５項の規定により、必要書類を添えて、その費用の助成を下記のとおり申請します。

記

申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　申請額は、新潟県が県医師会と委託契約した健康診査等の単価と、あなたが医療機関に支払った額を比較して、いずれか少ない方の額とする。

医療機関に支払った額　　　　　　　　　　　　円

　実施した医療機関又は医師の住所・氏名

　　医療機関又は医師名

　　医療機関等の住所

　請求金額の振込先

　　　　　　　　金融機関名・支店名

　　　　　　　　名義

　　　　　　　　口座番号

　添付書類

　　・健康診査受診票(検診結果及び担当医師の記名押印があるもの)

　　・領収書(医療機関が発行した明細がわかるもの)