

健康診査料助成申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者 住所 立科町大字

氏名 ㊟

産婦健康診査料の助成を受けたいので申請します。

産 婦 健 康 診 査 料 証 明		※医療機関記入欄
実 施 日	産 後 週 数	診 査 料
年 月 日		
年 月 日		
合 計 ①		
上記の通り証明いたします。		
年 月 日 医療機関等の名称		
代表者又は担当医師名		㊟

役場記入欄

委託単価	返還枚数	未実施換算総額②	支給決定額 ①と②の額を比較して少ない方
5,000円			

上記のとおり交付決定してもよろしいでしょうか。

決 裁	課 長		係 長		係	
-----	-----	--	-----	--	---	--