

様式第 1 号(第 5 条関係)

産婦健康診査県外受診者補給金交付申請書

次のとおり伊勢崎市産婦健康診査県外受診者補給金交付要綱第 5 条の規定により、補給金の交付を申請します。

なお、産婦健康診査県外受診者補給金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

(宛先) 伊勢崎市長

年 月 日

申請者住所	〒 伊勢崎市		
ふりがな		電話 () 番号 —	
申請者氏名			
受診医療機関等			
受診日	産後 2 週間	年	月 日
	産後 1 か月	年	月 日
交付申請額	円		

添付書類	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査の領収書 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類
------	--