

様式第 2 号（第 7 条関係）

年 月 日

岩美町産後健康診査費用助成金交付申請書

岩美町長 様

申請者 住所  
氏名 印

次のとおり健康診査を受けましたので、受診費用についての助成金を申請します。また、助成金の支給にあたり、住民登録及び受診状況を調査することに同意します。

| 受診日   | 受診医療機関 | 受診金額 |
|-------|--------|------|
| 年 月 日 |        | 円    |

|        |   |
|--------|---|
| 助成金申請額 | 円 |
|--------|---|

※助成申請額は、委託契約に定められた健康診査の上限額と受診金額のどちらか低い額とする。