

様式第 1 号 (第10条関係)

年 月 日

産婦健康診査費給付申請書

つがる市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

つがる市産婦健康診査実施要綱第 10 条の規定により、次のとおり健診費の給付を申請する。なお給付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報及び医療機関に対する健診結果等について関係機関に照会することに同意します。

受診者氏名		生年月日	年	月	日
住 所					

	1 回目	2 回目
医療機関名		
受 診 日	年 月 日	年 月 日
申 請 額	円	円

※申請に必要な書類

- (1) 医療機関の発行した領収書及び明細書 (検査内容が記載されたもの)