

様式第4号（第9条関係）

健康診査補助金交付申請書

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
個人番号
電話番号（ ）

受診者名 （受診者との関係 ）

※受診者が申請者と同一の場合は記入不用

下記の委託外医療機関等において（妊婦・乳児）健康診査を受診したので、嬉野市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第9条第3項の規定により、必要書類を添えて申請します。

記

補助金申請額 円

補助金申請額は、佐賀県が県医師会と委託契約した健康診査の単価と、受診された委託外医療機関等に支払った額を比較して、いずれか少ない方の額とします。

委託外医療機関等に支払った額 円

実施した委託外医療機関等名
住所
医療機関又は助産所名
及び医師又は助産師名

添付書類

- ・健康診査受診票（担当医師等の記名押印があるもの）
- ・領収書の原本（医療機関が発行した明細がわかるもの）