

様式第4号 (第9条関係)

豊岡市妊婦健康診査費助成金請求書

豊岡市長様

下記のとおり、妊婦健康診査費の助成金を請求します。なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委託します。

年 月 日

母子健康手帳 交付番号		出産予定日	年 月 日
請求者 (妊婦)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 豊岡市 電話	
請求 内容	妊 婦 健 康 診 査	申請額 _____ 円 (上限23,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日
		合計	
振込先	金融機関		口座番号
	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	普通 当座
			フリガナ

- ※ 医療機関等発行の領収書及び診療明細書の写しを添付してください。
- ※ 受診券が交付されている場合は、必ず受診券を添付してください。