

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15,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週	申請額 _____ 円 (上限 5,000円) 受診日 _____ 年 月 日 妊娠週数 _____ 週
		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
		口座名義人	
		フリガナ	

- ※ 医療機関等発行の領収書原本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。