

産婦健康診査費助成金請求書

2026年 ●月 ●日

芦屋市長 宛

<母子健康手帳番号>
芦屋市外で交付された場合は交付市町村名を記入してください。

母子健康手帳番号

123

〒659-00

住所 芦屋市 呉川 町 14 番 - 9 号

フリガナ アシヤ ハナコ

①請求者(産婦) 芦屋 花子

生年月日 3年 1月 1日生

日中の連絡先 090 (1111) 222●

メールアドレス kosodate @ city.ashiya.lg.jp

押印を廃止している関係上、
連絡先とメールアドレスの
記入は必須となります。

下記のとおり芦屋市産婦健康診査費助成事業実施要綱第9条の規定により、
ついでに助成金を請求します。

記

妊娠届出日	7年 5月 1日	出産日	8年 3月 1日
振込先口座	●● ()	銀行 信金	芦屋 ()
	金融機関コード (0000)	支店番号	(123)
ナ	アシヤ ハナコ	口座番号	
義	芦屋 花子	普通 当座	No 1 2 3 4 5 6 7
旧姓名義の場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/>			

申請者と異なる
場合は委任状欄
を記入ください。
※要押印
(例:夫名義の口座
を希望する場合)

①口座名義人が異なる場合は下記の委任状を記入ください。①②が同じ場合は記入は不要です。

委任状

上記口座名義人に産婦健康診査費の受領を委任します。

申請者(請求)者氏名

印

受任者住所

受任者氏名

* 以下は芦屋市が記入しますので、記入しないでください。

住民日	受診日	支給額
①	・	円
②	・	円

支給決定額

円

処理日

処理者