

産婦健康診査費助成金請求書

年 月 日

芦屋市長 宛

母子健康手帳番号

〒659-00

住所 芦屋市 町 番 一 号

フリガナ

①請求者(産婦)

生年月日 年 月 日生

日中の連絡先 ()

メールアドレス @

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、産婦健康診査に要した費用についての助成金を請求します。

記

出産日		年 月 日	
振込先口座	銀行 信金 ()	支店 出張所 ()	
	金融機関コード ()	支店番号 ()	
フリガナ	口座番号		
②口座名義	普通 当座 No		
旧姓名義の場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/>			

※①請求者と②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

私は、上記口座名義人に産婦健康診査費の受領を委任します。

委任（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