

妊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(妊婦)

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妊婦健康診査費助成事業実施要綱第9条の規定により、妊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

妊娠届出日	年 月 日	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 ☒ してください。 ☐			

※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、上記口座名義人に妊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。

	受診日	支給額		受診日	支給額
住 民 日 ・ ・ ・	① ・ ・	円	⑧ ・ ・	円	
	② ・ ・	円	⑨ ・ ・	円	
	③ ・ ・	円	⑩ ・ ・	円	
	④ ・ ・	円	⑪ ・ ・	円	
	⑤ ・ ・	円	⑫ ・ ・	円	
	⑥ ・ ・	円	⑬ ・ ・	円	
	⑦ ・ ・	円	⑭ ・ ・	円	

支給決定額 円

処理日 処理者