

妊婦健康診査費助成金請求書

6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

〒659-0000

住所 芦屋市 呉川 町 14 番 ー 9 号

フリガナ アシヤ ハナコ
①請求者(妊婦) 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妊婦健康診査費助成事業実施要綱第9条の規定の費用についての助成金を請求します。

記

妊娠届出日	5 年 5 月 1 日	出産日	6 年 3 月 1 日
振込先口座	●● () 銀行 信金	芦屋 () 支店 出張所	
	金融機関コード (0 0 0 0)	支店番号 (1 2 3)	
フリガナ	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 ☒ してください。 ☐			

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

上記口座名義人に妊婦健康診査費の受領を委任します。

（請求）者氏名

①

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		受診日		支給額	
	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