

妊婦健康診査費助成金請求書

令和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

〒659-00

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(妊婦) 芦屋 花子

生年月日 昭(平) 3年 1月 1日生 (32歳)

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
費用についての助成金を請求します。

記

妊娠届出日	令和5年5月1日	出産日	令和6年3月1日
①口座	●●	銀行 信金	芦屋 出張所
金融機関コード	(0000)	支店番号	(123)
フリガナ	アシヤ ハナコ	口座番号	No 1234567
②口座名義	芦屋 花子	普通 当座	

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 R . .

処理者