

妊婦健康診査費助成金請求書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

母子健康手帳番号

〒659-

住所 芦屋市 町 番 一 号

フリガナ

請求者(妊婦) ㊞

生年月日 昭・平 年 月 日生 (歳)

電話番号(自宅) ()

携帯電話番号 ()

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8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

Table with 3 columns: 振込先口座, 銀行信金 (金融機関コード), 支店出張所 (支店番号). Includes fields forフリガナ, 口座名義, and 普通当座 No.

Table with 4 columns: 妊娠届出日, 令和 年 月 日, 出産日, 令和 年 月 日

請求金額 円

Table with 6 columns: 住民日 (①-⑦), 受診日, 請求額 (円), ⑧-⑭, 受診日, 請求額 (円)

*芦屋市に住民登録がある期間のものに限ります。

*以下は記入しないでください。

支払確定金額 円

処理日 R . .

処理者