

妊婦健康診査費助成金請求書

令和元年 ●月 ●日

芦屋市長 宛

母子健康手帳番号 123

〒659-0051
住所 芦屋市 呉川 町 14 番 9 号
フリガナ アシヤ ハナコ
請求者(妊婦) 芦屋 花子
生年月日 昭・平 58年 1月 1日生 (33)
電話番号(自宅) ○○○○ (○○○○) ○○○○
携帯電話番号 ○○○○ (○○○○) ○○○○

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

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...
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, フリガナ, 口座名義. Includes bank name (銀行), branch (支店), and account type (普通当座).

Table with 4 columns: 妊娠届出日, 令和元年 5月 1日, 出産日, 令和2年 3月 1日

↑ 他市で妊娠届出をされた方は記入不要です。

請求金額 68,500 円

住民日

Table with 5 columns: 受診日, 請求額, 受診日, 請求額. Lists 7 visits with dates and amounts.

今回請求する受診回数(領収書の枚数)分だけ①から埋めていきます。
「受診日」...1回の受診ごとに記入。
「請求額」...妊婦健康診査の費用を記入。
保険診療の自己負担分, 妊婦健康診査以外の費用は除きます。

*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 []