

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	
----------	--

〒659-00

住所 芦屋市 町 番 一 号

フリガナ

①請求者(妊婦)

生年月日 昭・平 年 月 日生 (歳)

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	令和 年 月 日	出産日	令和 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	

※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	円
	②	円	⑨	円	円
	③	円	⑩	円	円
	④	円	⑪	円	円
	⑤	円	⑫	円	円
	⑥	円	⑬	円	円
	⑦	円	⑭	円	円

支給決定額 円

処理日 R . .

処理者