妊婦健康診査費助成金請求書

令和 年 月 日

世	p.	# E	1
Þ	/ 半 	力卡	夕几

				母子健康手帳番号			
T 6 5 9 -	<u> </u>						
住 所	芦屋市		町	番 -		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	出產	奎日	令和	年		月	日
振込先口座	金融機	後関コー	-ド ((銀行 信金))	支店者	番号	((支 出張	店 所))
フリガナ ②口座名義						普通当座	No II	座番	号		

※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	7
私は、上記口座名義人に妊婦健康診査費の受	受領を委任します。
委任(請求)者氏名	
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
	1		円	8		円
	2		円	9		円
住民日	3		円	10		円
	4		円	(1)		円
	5		円	12		円
	6		円	13		円
	7		円	14)		円
→ 4 ∧ > + + + + + + + + + +			<u> </u>			

支給決定額		円		
	処理日 R		処理者	