

淡路市妊婦健康診査費助成金請求書

年 月 日

淡路市長 様

請求者 住所
氏名 ⑩
電話番号 () - 番

淡路市妊婦健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり妊婦健康診査費助成金を請求します。

1 請求金額 円
〔 請求金額が基準に満たない場合の理由： 〕

2 受診回数 回
(年 月 日 から 年 月 日まで)

3 受診者氏名

4 医療機関名及び所在地

5 助成金の振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口座種別	普通・当座・その他 ()	
口座番号		
口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

備考

- 1 医療機関で妊婦健康診査を受診したときの領収書又はその写しを添付してください。
- 2 助成金は、上記の金融機関に振り込みますので、受診者本人名義の口座を記入してください。