

妊婦健康診査費用請求書

年 月 日

大和高田市長 殿

金 円

妊婦健康診査受診に要した費用の補助金として、上記のとおり請求します。

受診者 住 所 大和高田市
 (フリガナ)
 氏 名 印
 生年月日 年 月 日
 電話番号 (- -)

振込先

金融機関名			預金種目	口座番号						
銀行 農協 信金 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所		普通 当座 その他 ()							
	店番		フリガナ							
			口座名義人							

※ 振込先が受診者名義の口座でない場合は、委任状を提出してください。

【医療機関等証明欄】 太枠内の内容について医療機関等の証明を受けてください。

受診回数	受診年月日	妊婦健康診査費用 (保険適用分を除く。)	決定額 ※市記載欄
第1回目	年 月 日	円	円
第2回目	年 月 日	円	円
第3回目	年 月 日	円	円
第4回目	年 月 日	円	円
第5回目	年 月 日	円	円
第6回目	年 月 日	円	円
第7回目	年 月 日	円	円
第8回目	年 月 日	円	円
第9回目	年 月 日	円	円
第10回目	年 月 日	円	円
第11回目	年 月 日	円	円
第12回目	年 月 日	円	円
第13回目	年 月 日	円	円
第14回目	年 月 日	円	円
上記のとおり、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関等の 所在地 名 称 代表者名 印 電話番号			合計 _____円

委任状

私 _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付け請求の妊婦健康診査費用
に係る補助金の受領について、 _____ に委任します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

大和高田市長 殿

住 所 大和高田市

氏 名

印