

妊婦健康診査費用請求書

年 月 日

大和高田市 市長 殿

金 円

妊婦健康診査受診に要した費用の補助を受けたいので、申請します。この申請に必要な場合、大和高田市が医療機関等に受診や支払い状況について照会することに同意します。

[妊婦健康診査受診者]

住所 〒 大和高田市  
(フリガナ)

氏名 印 生年月日 年 月 日

電話 ( - - ) 出産日または出産予定日 年 月 日

[振込先]

金融機関名		預金種目	口座番号または番号 (右詰め)						
銀行 農協 信金	本店 支店 出張所	普通 当座 その他 ( )							
	店番/ゆうちょ→記号か店名 (右詰め)		フリガナ						
ゆうちょ銀行		口座名義人							

\* ゆうちょ銀行の場合、通帳「記号」と「番号」または振込用「店名」と「口座番号」をご記入ください。

\* 振込先が妊婦健康診査受診者名義の口座でない場合、裏面の委任状をご記入ください。

【医療機関等証明欄】太い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。

市記載欄	受診年月日	妊婦健康診査費用 (保険適応分を除く)	市記載欄	
受診回数			券使用枚数 (基本券+追加券)	決定額
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
第 回目	年 月 日	円	枚	円
上記の通り、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 年 月 日			合計 _____ 枚	合計 _____ 円
所在地 名称 代表者名 電話番号			交付枚数：基本券 枚、追加券 枚	
			* 妊婦健康診査費用をすべて補助するものではありません。また1枚につき2500円を下回る場合でも利用可能ですが、差額の返金、余った補助券の払い戻しはできませんので、ご注意ください。	

印

# 委任状

私（妊婦健康診査受診者） \_\_\_\_\_ は、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日付  
の請求の妊婦健康診査費用に係る補助金の受領について、 \_\_\_\_\_  
（続柄 \_\_\_\_\_）に委任します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

大和高田市長 殿

住所 〒

大和高田市

妊婦健康診査受診者氏名

印