

妊婦健康診査費支給請求書

高砂市長 様

令和 年 月 日

妊婦健康診査費を領収書添付の上、請求します。

請求者(受診者) 住所 高砂市

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

助成券交付番号 _____ 電話 (_____ - _____)

申請理由		1 協力医療機関以外の受診		2 助成券交付前の受診		3 その他 ()		
枝番	受診年月日	受診医療機関	助成額	枝番	受診年月日	受診医療機関	助成額	
1	年 月 日		円	11	年 月 日		円	
2	年 月 日		円	12	年 月 日		円	
3	年 月 日		円	13	年 月 日		円	
4	年 月 日		円	14	年 月 日		円	
5	年 月 日		円	71	年 月 日		円	
6	年 月 日		円	72	年 月 日		円	
7	年 月 日		円	73	年 月 日		円	
8	年 月 日		円	74	年 月 日		円	
9	年 月 日		円	75	年 月 日		円	
10	年 月 日		円					
※支給上限額(枝番51~62は、5,000円券又は12,000円券と組み合わせて請求すること。) 枝番1~12:5,000円、13・14:12,000円、51~62:1,000円、71~75:5,000円(多胎のみ)						合計請求額	円	
私が高砂市から受ける妊婦健康診査助成費については、次の口座に振り込んでください。								
金融機関	銀行 本店 信金・信組 支店 農協・労金 出張所		フリガナ	名 義 人				
口座番号	普通・当座・貯蓄							
金融機関コード	支店コード							
委任状	妊婦健康診査費の受領について、上記の口座名義人に委任します。						氏名	印

- 注意 1 この請求書には必ず領収書を添付してください。
2 太枠内のみ記入してください。

転入日	年 月 日
転出日	年 月 日

償還払い用No.	支給決定額
	円