

天理市長様

妊婦健康診査費用 申請書兼請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

但し、妊婦健康診査受診時に要した費用への助成金として

請求者(申請者)の住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

奈良県天理市 \_\_\_\_\_ 町

フリガナ

氏名

電話 ( \_\_\_\_\_ )



標記について、下記のとおり医療機関の証明を得ましたので上記金額を申請兼請求します。

【添付書類】  領収書原本  母子健康手帳

妊婦健診 受診者氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日		
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健診費用 (保険適用分を除く)	使用枚数 (基本券含む)	助成見込額(市役所記入欄)
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、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 所在地 医療機関の名称 代表者名			合計 _____ 円	



下記の口座に振込をお願いします。

支払機関名		預金種別		口座番号
銀行・農協・信金	支店	店番		普通・当座・その他(総合)
ゆうちょ銀行	通帳記号 ( _____ )		通帳番号 ( _____ )	
口座名義人	カナ (必ず記入)			