

猪名川町妊婦健康診査費助成請求書

年 月 日

猪名川町長 様

下記のとおり妊婦健康診査費に係る助成を受けたく、領収書を添えて次のとおり請求します。
 なお、助成費は、下記の指定口座へお振込ください。

請 求 者	(ふりがな)	
	妊婦氏名	(印)
	住 所	〒 ー 猪名川町
	生年月日	昭和 ー 年 ー 月 ー 日 (ー 歳) 平成 ー 年 ー 月 ー 日
	電話番号	ー ー
出産（予定）日		ー 年 ー 月 ー 日
母子手帳		交付日 ー 年 ー 月 ー 日 番 号 (ー)

振込先

銀行 農協 信用金庫 信用組合		支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. [ー]
(フリガナ) 口座名義		口座番号	

※助成額は、最大14回で1回の健診につき上限あり。(最大112,000円)

◎「口座名義」欄が、申請者以外(旧姓の場合も含む)の場合は、下記の「委任状」に記入・押印してください。

委任名(妊婦本人)	
私は、上記口座名義人を代理人と認め猪名川町妊婦健康診査に係る助成費の受領に関する 権限を委任します。	
年 月 日	氏名(妊婦) (印)

★以下の欄は記入しないでください。

回数	受診日	助成額	回数	受診日	助成額
1	年 月 日	円	8	年 月 日	円
2	年 月 日	円	9	年 月 日	円
3	年 月 日	円	10	年 月 日	円
4	年 月 日	円	11	年 月 日	円
5	年 月 日	円	12	年 月 日	円
6	年 月 日	円	13	年 月 日	円
7	年 月 日	円	14	年 月 日	円
助成合計額					円

受付() 処理確認()