

山陽小野田市妊婦歯科健康診査費助成請求書

令和●●年 ●●月 ●●日

申請に来られた日を記入
(出産予定日翌日から6か月以内)

山陽小野田市長 あて

申請者 住所 山陽小野田市●●●町●番●号
 ↑ 氏名 山陽花子
 申請者は妊婦本人 連絡先 ●●●—●●●—●●●

山陽小野田市妊婦歯科健康診査実施要綱第6条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成を請求します。

受診日と請求金額は空欄

記

健診日	年 月 日		
請求額	円		
実施医療機関名	所在地	●●県●●市●●町●●番●●号	
	名称	●●●●クリニック	
振込先	金融機関名	銀行	本店
		●●金庫 ●●	支店(支所)
		農協	出張所
	貯金種類	普通・当座	
	口座番号 (右詰記入)	●	● ● ● ● ● ● ●
	フリガナ 口座名義人	サン ヨウ ハナ コ 山 陽 花 子	
受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日

銀行又は郵便局の
どちらかを記入

口座名義は妊婦本人
※本人名義がなければ、
夫名義でも可

注意 → 添付書類：領収書・記入済の山陽小野田市妊婦歯科健康診査補助券（A山陽小野田市用）

領収書の他に診療明細書も必ず提出してください