

様式第4号（第6条関係）

山陽小野田市妊産婦健康診査費助成請求書

年 月 日

山陽小野田市長 あて

申請者 郵便番号
住 所 山陽小野田市
氏 名
連 絡 先

山陽小野田市妊産婦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。

記

健診の回数 と 健診受診日	1回目： 年 月 日	2回目： 年 月 日					
	3回目： 年 月 日	4回目： 年 月 日					
	5回目： 年 月 日	6回目： 年 月 日					
	7回目： 年 月 日	8回目： 年 月 日					
	9回目： 年 月 日	10回目： 年 月 日					
	11回目： 年 月 日	12回目： 年 月 日					
	13回目： 年 月 日	14回目： 年 月 日					
	クラミア： 年 月 日	B群溶血性連鎖球菌： 年 月 日					
	多胎： 年 月 日、 年 月 日、 年 月 日 年 月 日、 年 月 日						
	産後2週間： 年 月 日	産後1か月： 年 月 日					
請求額	円						
実施医療機関名	所在地						
	名称						
振込先	金融機関名	銀行 本店					
		金庫 支店（支所）					
	農協 出張所	預金の種類	普通 ・ 当座				
	口座番号 (右詰記入)						
フリガナ 口座名義人							
受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日				

添付書類：領収書・診療明細書

結果記入済の山陽小野田市妊産婦健康診査補助券（A山陽小野田市用）