

山陽小野田市妊産婦健康診査費助成請求書

令和●●年 ●●月 ●●日

山陽小野田市長 あて

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)

申請者 住所 山陽小野田市●●●町●番●号
氏名 山陽花子
連絡先 ●●●—●●●—●●●

申請者は妊産婦本人

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。

受診日と請求金額は空欄		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
	産後2週間:	年 月 日	産後4週間:	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

口座名義は妊産婦本人
※本人名義がなければ、
夫名義でも可

注意 → 添付書類: 領収書二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)

※領収書の他に診療明細書も必ず提出してください