

様式第4号（第6条関係）

山陽小野田市妊婦歯科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。

記

健診受診日	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婦歯科健康診査補助券（A山陽小野田市用）