

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				
	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）