

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		
銀行又は郵便局の どちらかを記入	金融機関名	銀行	本店	
		●●●金庫 ●●●	支店（支所）	
		農協	出張所	
振込先	貯金種類	普通・当座		
	口座番号 (右詰記入)	●	● ● ● ● ● ● ● ●	
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	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	

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