

第1号様式(第4条)

妊婦健康診査費用助成金申請書(償還払用)

訂正印を使用した時のみ
押印

年 月

習志野市長

申請者は受診者の名前にしてください。
※申請者欄の訂正は不可

住 所 習志野市津田沼●-●-●-101
申請者 氏 名 習志野 花子(産婦氏名)
(受診者) 電話番号 090 (■■■■)■■■■

印

| | | | |
|---------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| フリガナ 受診者氏名 | ナラシノ ハナコ 習志野 花子 | 生 年 月 日 | 平成 ●年 ●月 ●日 |
| 住所 | 習志野市 《習志野市の住所を記入》 | 妊婦健康診査 受診票 No. | 受診票 番号を記入 |

訂正は
二重線のみ

訂正印を使った
時のみ
すべて訂正印と
申請者氏名印

申請者と住所が同じ場合、
同上可

| | | | | |
|-------------------|---|-------------|---------------|--------------------|
| の指定振込先金融機関 | | | | |
| 融機関名 | 支店名 | | 口座番号 | 口座名義人 (カタカナで記入) |
| 〇〇銀行 (正式名称で記入) | ××支店 (正式名称で) ※ゆうちょは店名 (漢数字)を記入 | 普 当 貯 | 1 2 3 4 5 6 7 | ナラシノ ハナコ |

受診者名義(旧姓不可)
他の口座にする場合は委任状が必要。

※受診時と申請時の住所が異なる場合は、こちらもご記入ください。

| | | | | |
|-------------|---|----|---|---|
| 転出(予定)日 | 年 | 月 | 日 | |
| 新住所 〒 | - | 電話 | - | - |
| 《転出後の住所を記入》 | | | | |

※以下は記入しないでください。

| | | | |
|------|---|-------|---|
| 受診回数 | 回 | 請求合計額 | 円 |
|------|---|-------|---|

| | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----|------|-----|----|
| 受診票 | 領収書 | 診療明細書 | 手帳写 | 医療機関 | 住民票 | 担当 |
| | | | | / | / | |