

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)

年 月 日

習志野市長

申請者は受診者の名前にしてください。  
※申請者欄の訂正印は不可

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 (■■■■)■■■■

|               |                        |                   |                      |
|---------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| フリガナ<br>受診者氏名 | ナラシノ ハナコ<br><br>習志野 花子 | 生 年<br>月 日        | 平成<br><br>●年 ●月 ●日   |
| 住所            | 習志野市<br>《習志野市の住所を記入》   | 妊婦健康診査<br>受診票 No. | 《多胎妊娠の場合<br>は、人数分記入》 |

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

※受診時と申請時の住所が異なる場合は、こちらもご記入

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。

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

受診回数、請求合計額は記入する  
必要はありません。

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

以下は記入しないでください。

|     |     |     |      |     |    |
|-----|-----|-----|------|-----|----|
| 受診票 | 領収書 | 手帳写 | 医療機関 | 住民票 | 担当 |
|     |     |     | /    | /   |    |