

産婦健康診査費用給付申請書

関係書類を添えて下記のとおり産婦健康診査費用の給付を申請します。  
 なお、本申請の審査に必要な範囲で戸籍等の確認を行うことに同意します。  
 申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

記

太枠内のみご記入ください。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
給付対象者	(みさわ はなこ) <b>三沢 花子</b>	S・H ○年 ○月 ○日
給付対象者の住所	〒033-0000 三沢市○○町○○	
妊娠届出年月日	令和 ○年 ○月 ○日 (母子健康手帳発行日)	
出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
受診票	給付申請額	
第1回目	円	
第2回目	円	
申請額合計		円
三沢市長 殿		
(記入不要)⇒ 令和 年 月 日		
申請者氏名 <b>三沢 花子</b> (押印不要)		
給付対象者との続柄 ( <b>本人</b> )		
振込先	金融機関名	△△ 銀行 □□ 支店
	預金種別	(普通)・当座 口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	(みさわ はなこ) <b>三沢 花子</b> (口座名義人を記入)
(※ゆうちょ銀行の場合は漢数字で支店名を記入)		

添付書類：受診した医療機関が記入した受診票及び受診した医療機関の名称等が記載されている領収書並びに振込口座が確認できる預金通帳の写し。

上記申請に基づく 給付決定額	課長	課長補佐	係長	担当者	受付者
	円				