

別記様式(第9条関係)

西予市妊産婦健康診査費助成申請兼請求書
請求金額 円

妊産婦健康診査費の助成を受けたく、西予市妊産婦健康診査実施要綱第9条第2項の規定により、助成金の額を証する書面を添えて、上記のとおり申請および請求いたします。

西予市長 様

請求者 住所
氏名

ふりがな 妊産婦氏名		受診票番号	
生年月日	年 月 日	連絡先	電話番号
住 所	〒 ー		

妊産婦健康診査費を下記の口座に振り込みください。

口座振替依頼欄										
金融 機関	銀行 金庫 組合			支店 支所 出張所			ふりがな 口座名義人			
	金融機関コード			店舗コード			科目		口座番号	
							1 普通 2 当座			
ゆうちょ銀行 (郵便局)		通帳 記号	1				0	の	通帳 番号	

助成金決定欄 取扱者

㊦

年 月 日

A券	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回				
助成金額	円	円	円	円	円				
B券	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回
助成金額	円	円	円	円	円	円	円	円	円
産婦健診	産後2週間	産後1か月	(内訳)			決定金額			
助成金額	円	円	妊婦一般健診	円	産婦健診	円	円		