

## 福知山市妊産婦健康診査費支給申請書

年 月 日

福知山市長様

申請者住所〒

福知山市

氏名 (続柄)

電話番号

下記のとおり、妊産婦健康診査費の支給を申請します。

フリガナ 妊産婦氏名			受診券交付番号	
生年月日	年 月 日	受診券交付日	年 月 日	
受診 医療機関	( ) 都・道・府・県			
申請理由	1 府外(委託外)医療機関受診のため 2 その他( )			

下記の口座に振り込み願います。

金融機関名	銀 行		本店	
	信 用 金 庫		支 店	
農業協同組合				支 所
ゆうちょ銀行 店番(3けた)				
種 目	普通・当座	口 座 番 号 7けた		
フリガナ 口座名義				

申請者と振込先口座名義が違う場合、以下に記名をお願いします。

口座名義人は、(夫・妻・その他 [ ])であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。

申請者氏名

※下欄は記入しないでください。

確認欄	届出方法	<input type="checkbox"/> 窓口受付	<input type="checkbox"/> 郵送受付	受付者( )
-----	------	-------------------------------	-------------------------------	--------

支 払 決 定 額	自己負担額		支給決定額
	添付書類	1 領収書 2 受診券 4 通帳等の写し	3 母子健康手帳の健診結果の写し 5 その他( )
	備 考		