

# 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			