

様式第1号

四條畷市妊婦健康診査受診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり、妊婦健康診査受診費補助金について必要書類を添付のうえ、交付の申請及び請求をします。なお、交付の際は下記口座へ振り込んでください。

(以下の太枠内をご記入ください)

受診券 番号	受診日	健康診査に要した費用 (保険適用外)	公費負担額	補助請求額 (職員が記入します)
①	年 月 日	円	24,000	円
②	年 月 日	円	6,000	円
③	年 月 日	円	6,000	円
④	年 月 日	円	6,000	円
⑤	年 月 日	円	6,000	円
⑥	年 月 日	円	10,000	円
⑦	年 月 日	円	7,000	円
⑧	年 月 日	円	10,000	円
⑨	年 月 日	円	7,000	円
⑩	年 月 日	円	7,000	円
⑪	年 月 日	円	7,000	円
⑫	年 月 日	円	10,000	円
⑬	年 月 日	円	7,000	円
⑭	年 月 日	円	7,000	円
請求金額				円

振込先 銀行口座等	銀行		支店
	普通 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)		

- 添付書類 (1) 受診済みの四條畷市妊婦健康診査受診券
 (2) 医療機関発行の領収書 (原本)
 (3) 母子手帳 (妊婦健診の受診経過がわかるページ) の写し