

(記載例)

(第1号様式)

日光市 妊婦・産後健康診査費助成の償還払い金交付申請書兼請求書

申請者記入欄		※太線の内枠のみ記入してください。		
日光市長様		令和 1年11月 4日		
申請者 妊婦本人)		住所 氏名 日光 花子 電話 090-1234-5678		
誤記入してしまったところは必ず二重線を引き訂正をお願いします。		妊婦又は産婦さん本人のお名前をお願いします。		
受診医療機関等	名称	△△産婦人科		
	所在地	栃木県日光市平ヶ崎109		
	受診年月	令和 1年 7月分 から 令和 1年 10月分		
受診者	ふりがな	にっこう はなこ		
	氏名	日光 花子		
振込先	平成 1年 2月 3日	支店名	種別	
	△△銀行	××支店	普通 当座	
	口座名義	申請者本人(妊婦又は産婦本人)名義の口座をお願いします。		
	フリガナ ニッコウ ハナコ	日光 花子	1234567	

* 妊婦又は産後健康診査に要した費用(保険診療適用外)に関する領収書と妊婦又は産後健康診査受診票を添付してください。

《以下は市記入欄ですので記入しないでください》

支給決定年月日	年 月 日
支給決定金額	円