

(第1号様式)

日光市 妊婦・産婦 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 年 月 日		
申請者 (妊婦本人)		住所 氏名 電話		
受診医療機関等	名称			
	所在地			
	受診年月	令和 年 月分	から	令和 年 月分
受診者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
振込先	金融機関名	支店名	種別	
	フリガナ		普通 当座	
	口座名義人	口座番号		
	フリガナ			

\* 妊婦又は産婦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婦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	令和 年 月 日
支給決定金額	円