

産婦健康診査費請求書

※母子健康手帳交付番号 _____

高島市長

産婦健康診査費の助成について、下記のとおり書類を添付のうえ申請します。

助成金は下記の金融機関口座に振り込んでください。なお、請求内容診査のため、高島市が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

【添付書類】※添付したものにチェックをしてください

- 医療機関発行の領収書原本
- 振込指定口座番号がわかるもの
- 印鑑（必ず《氏名》欄に押印してください。）

《太枠内をご記入ください》

請求日： 年 月 日			
請求者（受診産婦）太枠内に記入してください		振込金融機関名	
住所	〒520ー 高島市	本・支店・出張所名	
		預金種別	普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号 <small>（※ゆうちょ銀行は 他金融機関からの振込が 可能な口座番号を記入）</small>	
氏名	Ⓜ	フリガナ	
電話番号		口座名義人	
携帯電話 番号		請求額	円
<p>※<u>口座名義人欄が、申請者本人の氏名以外の場合（旧姓も含む）のみ</u>、下記に署名・押印してください。</p> <p>私は、上記口座名義人に産婦健康診査費助成金の受領を委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 _____ Ⓜ</p>			