

# 妊婦健康診査受診費請求書

年 月 日

豊能町長 様

(申請者)

住所 大阪府豊能郡豊能町

氏名

印

受診者との続柄

電話

下記の通り健康診査費の助成金を請求します。

(受診者)

※申請者と受診者が同じ方の場合は記入不要	住所 大阪府豊能郡豊能町		電話
	フリガナ		
	氏名		

(助成額等)

受診券種別	受診医療機関名	受診日	① 支払った健診費用	② 妊婦健診受診券助成限度額	③ 妊婦健診補助券使用枚数	④ 妊婦健診補助券合計金額	⑤ 受診券+補助券合計金額 (②と④の合計金額)	助成額 ①と⑤のうち、どちらか少ない金額
妊婦健康診査	1				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	2				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	3				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	4				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	5				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	6				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	7				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	8				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	9				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	10				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	11				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	12				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	13				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
	14				1,000円× 枚 2,000円× 枚 10,000円× 枚			
合 計								円

\* 医師名の記入捺印がある妊婦健康診査受診票(兼結果通知書)と受診日の領収書(写し可)を添付して下さい。

受領額については下記へ振込を依頼します。

振込先	銀行	支店	普通	口座番号					
	口座名義	フリガナ							