様 式 2 号

妊婦健康診査受診費助成請求書

年　　月　　日

豊能町長　様

（申請兼請求者）

住　　所　　大阪府豊能郡豊能町

氏名（妊産婦）　　㊞

電話番号

下記のとおり、妊婦健康診査受診費の助成金を請求します。

妊婦健康診査	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受診券＋補助券合計金額（②と③の合計金額）	助成額（①と④のうち、少ない金額）
第 1 回		円	10,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 2 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 3 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 4 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 5 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 6 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 7 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 8 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第 9 回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第１０回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第１１回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第１２回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第１３回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
第１４回		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
多 胎 ①		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
多 胎 ②		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
多 胎 ③		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
多 胎 ④		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
多 胎 ⑤		円	5,000 円	10,000 円×　枚 2,000 円×　枚 1,000 円×　枚	円	円
					合計	円

受領額については、下記へ振込を依頼します。

振込先	金融機関	口座番号	口座名義人
	銀行　　支店	普通 当座	フリガナ

※医師名の記入捺印がある妊婦健康診査受診券（兼結果通知票）及び妊婦健康診査受診補助券、受診日の領収書（写し可）を添付してください。

申請者と振込口座が異なるときには、委任状も記入してください。

委　任　状

委任者氏名　　㊞

私に支給される妊婦健康診査受診費の受領に関する権限を、下記の者を代理人とし委任します。

代理人　　（委任者との関係）