

記入例

第6号様式(第9条関係)

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査受診費償還払い助成金請求書

請求日は記入
しないでください


年 月 日

霧島市長 様

霧島市妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第9条及び霧島市産婦健康診査事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて（妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査）の受診費の助成

妊婦さん本人の情報を記入し、押印してください

記

申請者氏名	霧島 お龍 	電話番号	080-0000-□□□□
申請者住所	霧島市国分中央三丁目45番1号		
請求額	記入する必要はありません		

振込先

金融機関名	支店等
霧島銀行	霧島支店
預金種目	口座番号
1. 普通 2. 当座 3. その他	1 2 3 4 5 6 7
口座 差人	
(フリガナ) キリシマ オリョウ	妊婦さん本人の口座情報を記入してください
霧島 お龍	

※ 受診者以外の方への口座振込を希望する場合は委任状を添付してください。

市処理欄（下枠内は記入不要）

支給決定 年月日	市記入欄につき記入する必要はありません	円
		円
	新生児聴覚検査	円