様式第６号（第9条関係）

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－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（※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） |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| **※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、下記に署名・押印****してください。**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。　　　　　　年　　　月　　　日　　申請者氏名　　　　　　　　　　㊞  |