

西海市多胎妊婦健康診査費用支給申請書兼請求書

妊 婦（産 婦） 氏 名				生年月日		年 月 日					
分娩予定日		年 月 日		出 産 日		年 月 日					
住 所		〒 電話（ ） ー 西海市 町									
検査実施 医療機関		名称									
		住所		電話（ ） ー							
健診実施日		妊娠週数		健診費用		健診実施日		妊娠週数		健診費用	
年 月 日		週		円		年 月 日		週		円	
年 月 日		週		円		年 月 日		週		円	
年 月 日		週		円							
支 払 い 希 望 機 関	金融機関名				(フリガナ)						
	銀行 本店・支店 農協 支所 信用金庫 店 信用組合 出張所				口座名義						
					預金種別		普通 ・ 当座				
					口座番号						
多胎妊婦健康診査に係る費用の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。支給金額は、上記の口座に振り込んでください。											
年 月 日											
申請者.....印											
西海市長 様											
支 給 決 定											
第 回		円		第 回		円					
第 回		円		第 回		円					
第 回		円		総 支 給 額		円					

関係書類：健診結果の写し（母子健康手帳の健診記録の写し等）
領収書など費用の額がわかるものの写し