

河北町妊婦健康診査費償還払申請書兼請求書

年 月 日

河北町長 様

私は、河北町妊婦健康診査事業実施要綱第8条、河北町多胎妊婦健康診査事業実施規程第9条により、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

1 請求者（妊婦本人）

住所	河北町	電話番号	
フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		出産日又は 出産予定日	年 月 日

2 請求する妊婦健康診査（多胎妊婦健康診査）費用

妊婦健康診査の受診日	妊娠週数	自己負担額	※助成額
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
合計			円

3 振込先（請求者の名義のもの）

口座名義（カタカナ）			
金融機関名		支店名	
普通・当座	・ 普通預金	・ 当座預金	
支店番号			
口座番号			

4 代理人が請求する場合

代理人氏名		生年月日	S・H 年 月 日
代理人住所		電話番号	
私は妊婦健康診査、多胎妊婦健康診査費用の請求における権限を代理人に委任します。 妊婦さんの自署_____			

- 注 1) 太枠内を記入してください。
2) ※欄は請求当日に記入していただきます。