



妊婦健康診査費用 請求書

申請日を記入してください

(西暦) 20 年 月 日

西宮市長 様

下記のとおり西宮市妊婦健康診査費用助成要綱第6条の規定により、領収書を添えて妊
なお、請求しました費用は下記の口座に振込んでください。

妊婦健診受診助成券に記載してある受
診助成券番号を記入してください

フリガナ	ニシノミヤ ハナコ		受診助成券番号							
請求者(妊産婦)氏名	西宮 花子		生年月日(妊産婦)	××××年 △月 □日						
窓口に来た人(妊産婦以外の場合)氏名	西宮 太郎		出産予定日	20××年 △月 □日						
請求者(妊産婦)住所	〒 ー 西宮市		出産日	20××年 △月 □日						
連絡先	自宅 (ー)		市記入							
請求金額	20,000 円		市記入額 決定額	円						
受診日 受診日が古い順から記入してください。	①	20××年 △月 □日	10,000 円	西宮市にお住まいの間に受診したものが助成対象となります。日付の古いものから順にご記入ください。						
	②	20××年 △月 □日	10,000 円							
	③	20 年 月 日	円	網掛け箇所は、市記入欄です						
	④	20 年 月 日	円	⑪	20 年 月 日	円				
	⑤	20 年 月 日	円	⑫	20 年 月 日	円				
	⑥	20 年 月 日	円	⑬	20 年 月 日	円				
			円	⑭	20 年 月 日	円				

銀行もしくはゆうちょ銀行、どちらか一方のみご記入ください

振込先口座	銀行名	西宮	支店名	西宮	種目	口座番号							口座名義(カタカナで記入下さい)
	銀行コード		店番号		1 普通	1	2	3	4	5	6	7	ニシノミヤ タロウ
	銀行コード、支店番号がわかる場合、記入してください		記号	0	番号	1						口座名義(カタカナで記入下さい)	

委任状

※請求者と口座名義人が異なる場合、委任する旨の記入が必要となります。

西宮市から受ける上記受診費に係る助成金の受領に関する事を 受任者 西宮 太郎 に委任します。

妊産婦本人とは別の口座名義人へ振込み希望の場合、必ず記名・押印ください。

委任者 西宮 花子 印

(注意事項)

西宮市内に住民登録がある期間に受診したのみに限ります。
保険診療分は請求対象外です。領収書は原本に限ります。
お手元の受診助成券は、全て(未使用のもの含む)添付して下さい。
請求額の上限は82,000円です。
領収書の内容について、不明な点が生じた場合、病院に内容確認
させていただくことがあります。ご了承ください。

受診券に記載されている申請受付日

市記入 (西暦) 年 月 日

- ・10番
- ・中央
- ・北口
- ・鳴尾
- ・塩瀬
- ・山口

受付者