

第6号様式(第9条関係)

妊産婦健康診査受診費等償還払い助成金請求書

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8条の規定により、関係書類を添えて（妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査・産婦健康診査）の受診費の助成金を下記のとおり請求します。

記

| | | | | |
|-------|----------|------|---|---|
| 申請者氏名 | | 電話番号 | — | — |
| 申請者住所 | 霧島市 | | | |
| 請求額 | 妊婦健康診査 | 金 | | 円 |
| | 新生児聴覚検査 | 金 | | 円 |
| | 1か月児健康診査 | 金 | | 円 |
| | 産婦健康診査 | 金 | | 円 |

振込先

| | | | | | | | | |
|-------------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 支店等 | | | | | | | |
| 預金種目 | 口座番号 | | | | | | | |
| 1. 普通 2. 当座 | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |
| (フリガナ) | | | | | | | | |

※ 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 | 年 月 日 | 支給 決定額 | 妊婦健康診査 | 円 |
| | | | 新生児聴覚検査 | 円 |
| | | | 1か月児健康診査 | 円 |
| | | | 産婦健康診査 | 円 |