

産婦健康診査費用給付申請書

年 月 日

館林市長 様

申請者 住 所 館林市

氏 名 印

電話番号

産婦健康診査費用の給付を受けたいので、館林市産婦健康診査実施要綱第8条第3号の規定により、領収書と受診票を添えて申請します。

申請額 _____ 円

給付額内訳

区 分	受診年月日	領収書の額	給付額
1 回目 (産後2週間程度)	年 月 日	円	円
2 回目 (産後1か月程度)	年 月 日	円	円
合計金額			円

振込先

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 支店	
口座の種類・口座番号	普通・	
(ふ り が な) 口座名義人	申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄もご記入ください。	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄に申請者の記名・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に産婦健康診査費用給付金の受領について委任します。

年 月 日 申請者名

印