① 妊婦健康診査用

第4号様式

5

八王子市妊婦健康診査費用助成金請求書兼
支払口座振替依頼書

令和　　年　　月　　日

八王子市長 殿

妊婦健康診査費用助成金を、下記のとおり請求します。

6

〒　　－

請求者

住　所

氏　名（妊 婦）　　7 ㊞

電話番号　　（　　）

対象者（妊婦）	住　所	八王子市
	氏　名	記入不可
請 求 金 額		￥　　円

助成金は、下記の口座にお振込みください。

8

振込先金融機関	銀行 金庫 農協 信組		支 店
	銀行番号		支店番号
預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号（右詰め）	口 座 名 義 人 フリガナ

※ 振込先口座は請求者(妊婦)名義の口座を指定してください。

※ 請求者以外の名義口座へ振込みを希望する場合は委任状が必要です。

委　任　状

私は、上記口座名義人を代理人と定め、八王子市妊婦健康診査費用助成金に対する代金の受領についての権限を委任します。

住 所

9

氏 名（妊婦）　　10 印

5

点線○内に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

6

①に同じ

7

㊞ に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

8

振込先口座は妊婦名義であること

※ ゆうちょ銀行の場合は、支店番号の漢数字が支店名となります。

9

口座名義人が妊婦氏名と違う場合

10

印に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可