① 妊婦健康診査用

第4号様式

7

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　記入不要　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。

8

〒　　－

請求者

現　住　所

氏　　名
（妊産婦）　9　㊞

電話番号　（　　）

転出前住所
（転出者のみ記入）　八王子市

請　求　金　額	¥　記入不要

助成金は、下記の口座にお振込みください。

10

金融機関名		金融機関コード		支店名	店舗コード
銀行・信用組合 信用金庫・農協				支店 出張所	
預金種目	口座番号（右詰め）			口　座　名　義　人　※	
普通				フリガナ	

※　請求者以外の名義口座へ振込みを希望する場合は、下記の委任状が必要です。

11

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の受領についての権限を委任します。

住　所

氏　名
（請求者）　12　㊞

青ワク内のみ、ご記入ください。

7

点線〇内に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

8

①に同じ

9

㊞ に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可

10

振込先口座は妊婦名義であること。
口座名義人が妊婦氏名と違う場合は、
⑪委任状が必要です。

※ 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。

11

口座名義人が妊婦氏名と違う場合

12

印に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可