別記第２号様式（第４条関係）

妊婦健康診査費支払証明書

（ふりがな） 受診者の氏名	生年月日	住　　所
（　　）	年　　月　　日	〒６４９－ 上富田町

受　診　日	妊婦健康診査に係る受診費用 のうち妊婦の自己負担額	医療機関又は助産所 の領収確認印
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	
年　　月　　日	円	

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関又は助産所
所在地
名　称
代表者氏名　　印

上富田町長　様