

記入例

第4号様式（第7条関係）

道外医療機関等産婦健診費償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日
 空欄でお願いします

千歳市長 横田 隆一 様

申請者 住所 千歳市東雲町2丁目34番地

※申請者と振込先人名は
 同一となります
 (産婦氏名)

氏名 千歳 翔子 ㊟

受給者との続柄
 (申込者が本人以外の場合ご記入ください)

電話番号 090-0909-0909

関係書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者	氏 名	申請者と同じ場合は「同上」と記載願います									
	生 年 月 日	昭和	平成	令和	10	年	1	月	1	日	
	住 所	申請者と同じ場合は「同上」と記載願います									
実施内容	受 診 票 種 類	第1回			第2回						
	受 診 日	年	月	日	年	月	日				
	自 己 負 担 額	〇,△〇△円			〇,△〇△円						
	償 還 払 申 請 額	空欄でお願いします						円			
振込先	金 融 機 関 名	支店名	口座番号（普通・当座・その他）								
	千歳銀行	市役所支店	●	●	●	●	●	●	●	●	(左詰記入)
	フリガナ	チトセ ショウコ									
	口座名義人	千歳 翔子									
※決定欄	決 課 裁 長	係 長	係	係	決定年月日			令和	年	月	日
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：										
	支給額 円（受診回数に対する支給上限額 円）										