

記入例

第4号様式（第7条関係）

黄色線の箇所に必要な事項を記載願います。

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

千歳市長 山口 幸太郎 様

申請者 住所 ※申請者と振込先人名は同一となります。
(できれば産婦氏名)

氏名 印

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

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 年 月 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	円			円			
	償還払申請額	円						
振込先	金融機関名	支店名		口座番号(普通・当座・その他)				
							(左詰記入)	
	フリガナ							
	口座名義人							
※決定欄	決裁長		係長		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)						